



**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**Preparação da Família e Pessoa em Situação Crítica para um  
regresso a casa – Uma intervenção especializada de Enfermagem**

**Ângelo Miguel Valadas Guerreiro dos Santos**

—

**Lisboa**

**2020**





**Mestrado em Enfermagem na  
Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica  
Relatório de Estágio**

**Preparação da Família e Pessoa em Situação Crítica para um  
regresso a casa – Uma intervenção especializada de Enfermagem**

**Ângelo Miguel Valadas Guerreiro dos Santos**



Orientador: Anabela Pereira Mendes  
Coorientador: Fernanda Simões Bernardo



**Lisboa**

**2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





*“Eles não sabem, nem sonham  
Que o sonho comanda a vida.  
Que sempre que um homem sonha  
O mundo pula e avança  
Como bola colorida  
Entre as mãos de uma criança”*

António Gedeão



## **DEDICATÓRIA**

A ti, Sónia, por me teres desafiado a percorrer este caminho contigo. Acreditaste desde o início que eu seria capaz mesmo quando eu próprio o duvidava.

Este final é nosso.



## **AGRADECIMENTOS**

À minha família, pelo apoio durante este percurso, sem vós não teria sido possível.

Ao Sr. Enfermeiro António Cavaco pelo apoio desde o início deste percurso.

Ao Sr. Enfermeiro Flávio Rocha e à Sr.<sup>a</sup> Enfermeira Mafalda Caiado, pelo exemplo, partilha, acompanhamento e crescimento que me proporcionaram.

Aos meus colegas de mestrado pelo companheirismo e partilha.

Ao Diogo e ao Rui pela paciência que permitiu ultrapassar o que se previa inultrapassável.

À Professora Fernanda pela disponibilidade com que me brindou nos vários momentos.

À Professora Anabela, por não ter desistido de acreditar que este dia chegaria.

A todos, o meu muito Obrigado.



## RESUMO

A preparação da alta hospitalar deverá iniciar-se na admissão ou tão precocemente quanto possível. A alta hospitalar é um momento potenciador de ansiedade na pessoa e família após um evento crítico, sobretudo se advir alterações ao status prévio da pessoa quer sejam temporárias ou permanentes com necessidade de reorganização dos papéis sociais, e com a família a assumir o papel de cuidador. O processo de transição saúde-doença da pessoa em situação crítica é assim acompanhado da alteração da dinâmica familiar com repercussão na representação social de cada um dos seus elementos.

Reconhecer estas transições permite intervir junto da pessoa e do familiar, com o intuito de promover uma transição saudável e com menor impacto possível. O enfermeiro desempenha o papel de facilitador da transição com intervenções especializadas no cuidado à pessoa em situação crítica e família. Cabe-lhe, dessa forma, antecipar o momento da alta através de uma preparação estruturada da pessoa e família para o momento do seu regresso a casa. A *preparação para um regresso a casa* foi a temática escolhida para nortear o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências sustentado na Teoria das Transições de Afaf Meleis e com o objetivo de atingir o estadio de perito definido por Patrícia Benner no Modelo de Dreyfus adaptado à Enfermagem. Este percurso foi constituído pela realização de estágio em contexto de serviço de urgência e unidade de cuidados intensivos, com a construção de objetivos específicos para cada um dos contextos e a realização de atividades direcionadas ao seu cumprimento.

**Palavras-Chave:** Pessoa em situação crítica; Família; Regresso a casa; Intervenções de Enfermagem





## ABSTRACT

The preparation for hospital discharge should start on admission or as early as possible. Hospital discharge is a moment that increases anxiety in the person and family after a critical event, especially if changes occur to the person's previous status, whether temporary or permanent, in need of reorganizing social roles, and with the family taking on the role of caregiver. The health-disease transition process of the person in critical condition is thus accompanied by changes in family dynamics with repercussions on the social representation of each of its members.

Recognizing these transitions makes it possible to intervene with the person and the family, to promote a healthy transition with the least possible impact. The nurse plays the role of facilitating the transition with specialized interventions in the care of the person in critical situation and family. Thus, it is up to him to anticipate the moment of discharge through the structured preparation of the person and family for the moment of their return home.

*Preparing homecoming* was the theme chosen to guide the path of acquisition and development of skills based on the Theory of Transitions by Afaf Meleis and with the objective of reaching the stage of expert defined by Patrícia Benner in the Dreyfus Model adapted to Nursing. This path was constituted by the doing an internship in the context of an emergency service and an intensive care unit, with the definition of specific objectives for each of the contexts and the performance of activities aimed at fulfilling them.

**Keywords:** Person in critical situation; Family; Nursing Interventions; Discharge from hospital



## **SIGLAS E ABREVIATURAS**

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CIAV – Centro de Informação Antivenenos

CMEPSC – Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

E-CPR - Extracorporeal Cardiopulmonary Resuscitation

ECMO – ExtraCorporeal Membrane Oxygenation

EE – Enfermeiro Especialista

EEEPSC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

OE – Ordem dos Enfermeiros

PCR – Paragem Cardiorrespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

REPE – Regulamento para o exercício profissional do enfermeiro

RIL – Revisão Integrativa da Literatura

SO – Serviço de Observação

SR – Sala de Reanimação

SU – Serviço de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TAC – Tomografia Axial Computorizada

UAVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

UC – Unidade Curricular

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

UHD – Unidade de Hospitalização Domiciliária

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação



# INDICE

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>21</b>
<b>1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	<b>25</b>
<b>2 – ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>35</b>
2.1 - ANÁLISE DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM SU	39
2.2 - ANÁLISE DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM UCI	49
<b>3 – CONCLUSÃO</b>	<b>59</b>
<b>4 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>63</b>

## APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de estágio

Apêndice II – Formulário para alta do doente em SU

Apêndice III – Linhas orientadoras para a execução de *prone position*

Apêndice IV – Sessão de formação “Preparação da Família para um regresso a casa: Qual o *depois* da UCI? “

Anexos

Anexo I – Certificado de participação no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, Setúbal 2019

Anexo II – Certificado de participação nas V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva



## **INDICE DE FIGURAS**

<b>FIGURA 1 – MAPA DE CONCEITOS</b>	<b>26</b>
<b>FIGURA 2 – TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS</b>	<b>28</b>
<b>FIGURA 3 – SINTESE DO PROJETO DE ESTÁGIO</b>	<b>33</b>





## INTRODUÇÃO

A concretização deste percurso académico acarreta desde logo a obrigação de relatar e também refletir sobre as atividades desenvolvidas. O relatório de estágio aqui apresentado, foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular (UC), Estágio com Relatório, inserida no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de especialização Pessoa em Situação Crítica (CMEPSC), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e, tem como objetivo expor as competências adquiridas e desenvolvidas durante o processo formativo.

A temática escolhida e desenvolvida para esta etapa académica foi a “Preparação da Família e Pessoa em Situação Crítica para um regresso a casa – Uma intervenção especializada de Enfermagem”.

Esta escolha para além de partir de interesse/motivação pessoal, prende-se com a importância do desenvolvimento de competências na abordagem à família do doente, e também de uma necessidade considerada no serviço onde exerço funções, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP). Neste contexto importa valorizar o papel da família enquanto parte integrante do processo saúde-doença que está a experienciar, sendo parceira no cuidar.

A abertura do hospital à família é hoje uma realidade, existe uma maior preocupação com a humanização dos cuidados de saúde e acesso mais fácil da família aos cuidados em ambiente hospitalar. A Enfermagem deve acompanhar esta nova visão, e olhar o doente e família como um só. A família deve ser entendida como um recurso, mas mais importante, também como alvo de cuidados. A intervenção de Enfermagem centrada na família é uma nova filosofia do cuidar, fundamentada na colaboração e na relação entre o enfermeiro e a família. A Pessoa em Situação Crítica (PSC), deve, pois, ser olhada como um elemento inserido numa família, assim como todo o contexto e situação de saúde/doença vivenciada pelos dois elementos como um só.

Em ambiente crítico, entenda-se UCIP onde desempenho funções, esta realidade ainda é distante, na intencionalidade de “proteger” a família por se reconhecer a sua vulnerabilidade, não se promove o envolvimento da família da PSC, mantendo a sua presença limitada à condição de visita. É assim fundamental envolver a família como parceira nos cuidados, o que motiva a modificação da postura perante

ela e integrá-la o mais precocemente nos cuidados com vista a um processo de transição o mais saudável e estável possível. O enfermeiro possui desde logo uma posição privilegiada para desempenhar este papel, facilitador do processo de transição.

Hetland e colaboradores num estudo numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) concluíram que a família tem no enfermeiro o elo vital para o seu envolvimento, contudo também concluíram que na ótica da equipa de enfermagem existiam dificuldades em preparar a família para prestar cuidados mais invasivos ou de contacto mais íntimo (2017).

É nesta dimensão que pretendo desenvolver esta temática, na preparação da família para atividades e cuidados que habitualmente não fazem parte do seu quotidiano, resultantes de doença ou lesão aguda e cuja existência se perspetiva até ao momento da alta ou eventualmente para além desta. Verifica-se que as famílias, durante o internamento prolongado em UCI questionam-se se o doente recuperará a sua autonomia, se voltará ao seu quotidiano habitual (Minton, Batten, & Huntington, 2019). Os mesmos autores inferem que a transferência da UCI para a enfermaria se traduz num momento de ansiedade, stress e incerteza (Minton et al., 2019). Se extrapolarmos esta evidência para a alta hospitalar, será a antecipação dessa transição que trará esses sentimentos. Promovendo a capacitação do doente e da família, iremos minimizar o impacto nas suas vidas.

Assim a atitude do enfermeiro para com a família é essencial para a qualidade dos cuidados de Enfermagem, facilitando o processo de transição saúde/doença vivenciado pela doente e família no hospital, bem como a transição situacional da família a prestador de cuidados.

O alvo de cuidados do enfermeiro na sua génese vai além do indivíduo. É premissa do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) a prestação de cuidados à família (Ordem dos Enfermeiros, 1996). A família da PSC não difere de outras situações em que deve ser considerada, envolvida e ser ela própria o alvo de cuidados. O planeamento da alta hospitalar é um processo que deve ser iniciado tão precocemente quanto possível e idealmente no momento da admissão, contudo um evento adverso súbito que conduz uma pessoa ao Serviço de Urgência (SU) ou a um internamento em UCI nem sempre permite esta antecipação de regresso ao domicílio. Envolver a família nos cuidados ao doente é promover a sua confiança no momento em que a alta se perspetiva. Capacitar o doente e família com

vista à sua autonomia em saúde é uma das preocupações no Plano Nacional de Saúde (DGS, 2015).

Assim no âmbito da UC, Estágio com Relatório, concretizo este documento de forma a relatar as competências adquiridas e desenvolvidas durante o estágio realizado em SU e em UCI.

O trajeto é alicerçado no ciclo de estudos da ESEL para o curso de mestrado, tendo como referência as competências preconizadas nos descritores de Dublin para o 2.º ciclo de formação para atingir o grau de Mestre. Estão implícitas as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista (EE) em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica (EEEPSC) da Ordem dos Enfermeiros (OE), competências que possibilitarão a obtenção do título de Enfermeiro Especialista. Entende-se por competência, um conjunto de saberes coletados no percurso de vida profissional desde a formação inicial de base associada à experiência da ação adquiridos ao longo do tempo. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação desses conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação (Benner, 2001). O modelo de aquisição de competências desenvolvido por Patrícia Benner, baseado no Modelo de Dreyfus nomeia as características e comportamentos nos diferentes níveis de desenvolvimento de competências e, reconhece as necessidades em matérias de ensino e aprendizagem dos enfermeiros em cada nível. Benner reconhece que as competências para a excelência nas práticas dos cuidados, surgem quando se obtém perícia profissional, conseguida mediante uma aprendizagem experiencial. O exercício de perito, é competente, uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento (Benner, 2001).

O perito acumula conhecimento teórico adquirido e experiência profissional, observam-se mudanças no seu comportamento, na sua análise crítica e na sua contextualização, bem como numa tomada de decisão autónoma, consciente e especializada contribuindo para o desenvolvimento da própria prática.

Este estágio teve como finalidade major:

- Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e família na intenção de preparar um regresso a casa.

Para a aquisição e desenvolvimento de competências, centradas na temática: “Preparação da Família e Pessoa em Situação Crítica para um regresso a casa – Uma intervenção especializada de Enfermagem”, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- Aprofundar conhecimentos teóricos na intervenção de enfermagem à PSC;
- Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família em contexto de SU e UCI;
- Promover uma transição do hospital-domicílio sustentada no familiar;
- Identificar as necessidades da PSC e família para a transição hospital - domicílio;
- Desenvolver competências de mestria na relação com o familiar cuidador;
- Desenvolver capacidade reflexiva sobre o exercício clínico de enfermagem à PSC e Família.

Este relatório está dividido em dois capítulos: no primeiro o quadro teórico de referência de suporte para abordar a temática – Teoria das Transições de Afaf Meleis, assim como os conceitos e ideias fundamentais desta temática. No segundo capítulo uma análise do percurso formativo, onde se encontra a finalidade deste trabalho, objetivos e atividades desenvolvidas nos diferentes locais de estágio que permitiram a aquisição e desenvolvimento das competências atrás referidas.

O presente relatório foi elaborado segundo o Acordo Ortográfico atualmente em vigor, assim como procurou respeitar as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e a sexta edição da norma da *American Psychological Association*.

## 1 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para iniciar esta etapa do percurso académico foi imperativa a realização de um projeto que permitisse orientar e sustentar o caminho a seguir. Como tal existiu a necessidade de executar uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Esta revisão permitiu o acesso a conhecimentos documentados e sustentados na evidência.

Possibilitou construir um plano de ação de forma a mobilizar conhecimentos e recursos para alcançar os objetivos delineados no início deste trajeto. Olhámos desde logo para a RIL como uma abordagem ampla e metodológica que permitiu uma compreensão completa de um fenómeno analisado (Souza, da Silva, & de Carvalho, 2010). O objetivo da realização da RIL foi sistematizar a informação existente sobre o assunto e sustentar a apreciação e tomada de decisão em clínica com a PSC e família, num processo de aquisição e desenvolvimento de competências.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica em linguagem natural e termos indexados num motor de busca, *EBSCO*. Dentro deste motor de busca as bases de dados utilizadas foram a *CINAHL* e *MEDLINE*.

As palavras-chaves utilizadas nesta pesquisa foram *Family*, *Critical Care*, *Nursing Interventions*, *Return home*, *Discharge from hospital*.

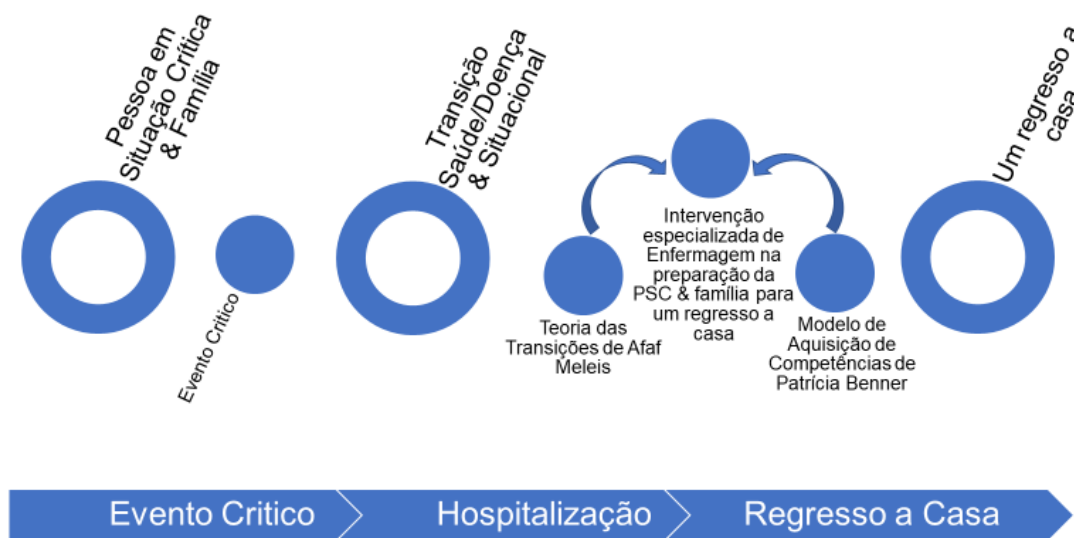
Assim o tema do projeto desenvolvido foi: “Preparação da Família e Pessoa em Situação Crítica para um regresso a casa – Uma intervenção especializada de Enfermagem”, constituindo-se como tema central deste relatório.

Uma leitura profunda e atenta dos documentos resultantes desta pesquisa permitiu adquirir e incorporar conhecimentos, verificar a aplicabilidade da temática e obtenção de resultados para a prática.

Este processo/exercício não foi isolado nem estanque. Na linha de tempo, entenda-se espaço temporal em que decorreu o estágio, sentiu-se sempre a necessidade de procura de novos documentos e realização de atualização da pesquisa bibliográfica, de forma a enriquecer e sustentar o caminho a percorrer. Também o contato com os diferentes peritos nos diferentes locais de estágio contribuiu para olhar de outra forma para o fenómeno em estudo e, em última análise para a construção de um corpo de conhecimentos mais sólido.

De forma implícita no tema escolhido está o objetivo central, cuidar da PSC e família a viver um evento adverso, um cuidar que se quer global e holístico, com a intenção de satisfazer as necessidades deste binómio, contribuindo desde logo para o melhor resultado esperado, a sua máxima autonomia possível.

É assim pertinente referir no início deste capítulo, os conceitos inerentes ao tema deste relatório e, que serviram de guia orientador a todo o percurso académico. Para tal foi construído um mapa de conceitos retratado na Figura 1.



**Figura 1** – Mapa de conceitos

Perante os inúmeros entendimentos sobre o que é família, possíveis de encontrar na literatura, optou-se pelo de Patrícia Benner e colaboradoras. Benner, Kyriakidis, & Stannard (2011) definem família, num contexto de situação crítica, como a unicidade entre familiares e doente, isto é, o alvo de cuidados constitui-se como o conjunto do doente e sua família, sendo necessário ao enfermeiro atuar no conjunto (Benner, Kyriakidis, & Stannard, 2011). Ao considerar este entendimento de família, é inerente o conceito de PSC das mesmas autoras, ou seja, uma pessoa que se encontra num estado de instabilidade hemodinâmica por evento adverso, que de forma independente não consegue solucionar (Benner et al., 2011).

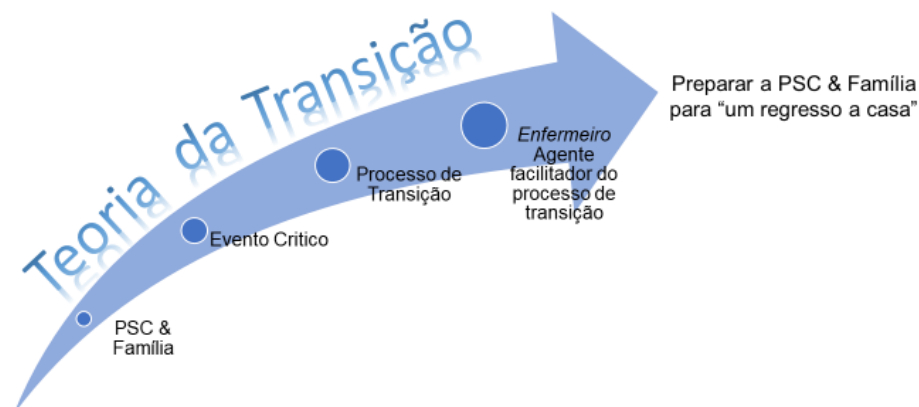
A OE no Regulamento n. 429/2018 de 16 de Julho destaca de forma idêntica esta necessidade da PSC “cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica”, onde se espera que os cuidados de enfermagem sejam “altamente qualificados prestados de forma contínua” (p. 19362).

Um regresso a casa deve ser entendido como um processo a ser pensado e preparado o mais precocemente possível durante o internamento, de modo a ultrapassar e minimizar possíveis obstáculos que possam surgir durante o processo.

Se durante a estadia no hospital os familiares, não raras vezes, referem não encontrar respostas às suas questões (Mendes, 2016), este possível regresso a casa deve ser entendido como uma transição que deverá ser acautelada de forma a minorar o impacto, havendo a necessidade de transição dos cuidados prestados no ambiente hospitalar para a continuidade no domicílio. A preparação do regresso é orientada por um propósito, ajudar o outro. Demanda a necessidade de conhecer a situação de dependência da PSC no autocuidado e de quem irá desempenhar o papel de prestador de cuidados, saber o que este compreende sobre o processo terapêutico e a dependência do outro no autocuidado, perceber também os seus recursos para gerir todo este processo, para que a perspetiva de um regresso a casa e continuidade de cuidados não seja um foco de problema. O enfermeiro é por excelência, o elemento da equipa multiprofissional, mais interativo com a família e cuja interação permite, segundo Meleis (1997), antecipar essa transição. Preparar o regresso a casa é garantir uma continuidade dos cuidados (Pereira, 2011).

Esta continuidade de cuidados é associada ao planeamento da alta, aos cuidados de transição quando há mudança de prestador de cuidados (Cabete, 1998) e aos cuidados coordenados e continuados (Harrison, 2004). O cuidado é pensado de forma contínua, numa linha temporal que percorre um período passado, presente e futuro. É centrado na pessoa e sua família e deve ter em conta as necessidades observadas, o contexto pessoal, familiar e socioeconómico. No universo dos cuidados deverão ser consideradas as intervenções e o autocuidado, atividades relacionais e de comunicação (Harrison, Browne, Roberts, Graham, Gafni, 1999).

Com o propósito de dar uma resposta ao cuidado centrado no binómio doente/família, porque a família tem um papel preponderante na vida do doente, inclusivamente na sua experiência de doença e este não pode ser visto como um ser isolado, a viver um processo de transição provocado por um evento crítico, foi adotada a Teoria das Transições de Afaf Meleis (Meleis, Sawyer, Im, Messias, & Karen Schumacher, 2000) conforme ilustrado na Figura 2. Este quadro teórico refere que os processos de transição a que a pessoa está sujeita durante a sua vida permitem descrever, compreender ou interpretar os fenómenos específicos da Enfermagem que refletem e emergem da sua prática.



**Figura 2** – Adaptado da Teoria das Transições de Afaf Meleis

Para Meleis (2000), transição é a passagem entre estados, relativamente estáveis, resultante de eventos críticos e mudanças nos indivíduos ou no ambiente. A transição é desde logo considerada como uma mudança, um processo ou um resultado, e ocorre tanto a nível pessoal, como familiar. A compreensão das propriedades e condições intrínsecas ao decurso da transição orientam o desenvolvimento dos cuidados de enfermagem, que sejam coerentes com a experiência única vivenciada pelo doente e sua família, originando respostas adequadas à transição (Meleis, 2010). Este exercício do enfermeiro, de se concentrar “nas respostas humanas às transições vividas pelas pessoas e famílias ao longo do ciclo vital usando o conhecimento gerado pela investigação e teoria de enfermagem” (Silva, 2007, p.19) é uma necessidade presente no desempenho de uma Enfermagem Avançada.

O conhecimento das necessidades da família é assim imperativo para os enfermeiros no processo de transição situacional vivenciado por esta. A família deverá ser também um foco da Enfermagem devido à experiência de um processo de transição saúde-doença do seu familiar (Mendes, 2016).

Cuidar da família vai desde logo alargar o universo de atenção dos enfermeiros, perspetivando estes, intervenções de enfermagem que integrem a família no cuidar e, portanto, um recurso relevante no cuidado à PSC.

Meleis e colaboradoras (2010) dizem-nos que o enfermeiro é o agente facilitador do processo de transição, do doente e sua família, mencionando como



função essencial da Enfermagem, auxiliar na gestão da transição de uma condição de vida.

As mesmas autoras apresentam a transição como um conceito para a Enfermagem, é a passagem entre dois períodos de tempo mais ou menos estáveis através de dinâmicas, marcos e pontos de mudança que muitas vezes estão fora do alcance da pessoa, é o passar de um estado relativamente estável para outro também relativamente estável e que requer por parte da pessoa inclusão de conhecimentos, alteração de comportamentos e mudança de definição do “self” (o novo Eu). É um processo individual, a pessoa tem de se sentir consciente das mudanças, sendo muitas vezes necessário ajuda para remover barreiras de forma a concluir o processo de transição, neste processo podem surgir padrões de resposta como desorientação, mudanças no autoconceito e no papel (Meleis, 2010). O processo de transição é caracterizado pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram diferentes significados, definidos pela perceção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambiente.

Todo este processo, pelo impacto que provoca, solicita ao enfermeiro competências específicas para facilitar a vivência do processo de transição, que se caracteriza por ser único, complexo e com múltiplas dimensões (Meleis, 2012).

No desenvolvimento desta temática será dado enfoque às transições saúde/doença e situacional, por serem estas as transições vivenciadas respetivamente pela PSC e sua família, e relativamente às quais, como enfermeiro, foi desenvolvida uma intervenção especializada. É neste contexto que foi exercido um papel essencial enquanto facilitador do processo de transição, apoiando o doente e sua família, integrando-a nos cuidados, procurando a sua parceria de modo a obter o bem-estar deste binómio enquanto um todo. Este processo de transição saúde-doença e situacional, envolve mudanças consideráveis, por vezes radicais, quer para o doente quer para a família, devido ao sofrimento, stress físico e psicológico, e ansiedade resultantes diretamente da doença, mas também devido ao próprio internamento e a todas as alterações familiares a que este obriga (Mendes, 2015).

Hetland et al. (2017) referem que a doença crítica tem um grande impacto físico e psicológico nos doentes, mas também nas suas famílias, constituindo um evento traumático para ambos. Quando não é acompanhado, oferece momentos de grande sofrimento que alteram o equilíbrio e dinâmica familiar. (Pardavila Belio & Vivar, 2011; Relvas, 1996). Este impacto pode ser agravado pela ausência do envolvimento da

família em todo o processo de prestação de cuidados, ou ainda pela carência de apoio emocional, informação ou comunicação pelos profissionais de saúde.

Assim, depreende-se a obrigatoriedade de olhar a família como parceira e também alvo do cuidar.

A inclusão da família nos cuidados de saúde, para Wright & Leahey (2012) constitui a assunção de um compromisso e de uma obrigação ética e moral, que exerce um impacto significativo na saúde e bem-estar dos seus elementos, com influência considerável no processo de doença. Mendes (2015, p. 13) diz-nos que “a família se torna cliente de enfermagem pela vivência de um processo de transição saúde-doença de um dos seus membros”.

Oliveira & Nunes (2014) considera crucial a integração da família como sujeito ativo no processo de cuidados e uma extensão do doente crítico. A inclusão da família e a criação de uma parceria e interação com a família, na prestação de cuidados, proporciona boas práticas de enfermagem, que permitem apreciações mais racionais, que se vão manifestar em ganhos visíveis para a tomada de decisão e melhoria dos cuidados prestados ao doente e logo à família.

Envolver a família no processo de cuidar é benéfico para ambos (Mitchell & Chaboyer, 2010). A família experimenta um sentimento de utilidade no processo de recuperação do doente e por sua vez este sente-se apoiado e seguro com a sua presença. O cuidado em parceria com a família, assume-se como uma intervenção de enfermagem que distingue o papel da família e como um importante recurso para os enfermeiros, que não só dão apoio vital ao doente, como também se tornam a sua voz (Mitchell et al., 2009).

Para que esta parceria com a família seja efetiva é vital o canal de comunicação que se estabelece. A corrente de informação entre o enfermeiro e a família, nos dois sentidos, é essencial para a melhoria dos cuidados ao doente. A informação quer-se assim clara e objetiva para que o seu recetor a incorpore. Desta forma será mais fácil a construção de uma relação de confiança entre os intervenientes. A comunicação entre os intervenientes (enfermeiro, doente e sua família) é assim um elemento indispensável na criação de uma relação, contribuindo desta forma para a melhoria dos cuidados prestados. A família ao sentir que é vista como elemento do cuidar e, ao ser integrada no processo vive um sentimento de segurança, confiança e responsabilização. Este sentimento permite que experiencie uma transição saudável, e, desta forma, que esteja e se sinta preparada para assumir os cuidados ao seu familiar num regresso a casa. O doente ao sentir-se apoiado e acompanhado pela sua

família, observando-a confiante, tranquila e segura, vive o seu processo/transição saúde/doença de forma positiva, repercutindo-se esta ação no seu processo de reabilitação quer física, quer psicológica, espiritual e social.

É importante realçar uma vez mais que, para que todo este processo descrito atrás se verifique, a família tem de estar presente.

Esta presença deve ser objetivada desde o início de todo o processo, ou seja, na admissão do doente. O modo como o acolhimento da família acontece é de fulcral importância. Para Maestri et al. (2012), o acolhimento, assume especial peso por apresentar o início da criação de um vínculo de confiança na relação entre enfermeiro e família. É a primeira situação de interação e que destaca a humanização do cuidar, criando-se a primeira ocasião para que essa interação ocorra. Neste momento é de importância vital a interpretação de todos os sinais que nos possam transmitir quando chegam à nossa presença. É o início da construção de uma relação terapêutica. Urizzi et al. (2008) refere que se esta for forte e significativa tornar-se-á igualmente facilitadora na aproximação entre doente e enfermeiro.

É, assim, da anuência da maioria dos profissionais o peso do papel que a família detém no processo de doença do seu familiar. Apesar de tudo, a sua presença não é consensual entre os mesmos profissionais, continuamos a observar restrições que colocam a família num segundo plano, atribuindo-lhes o papel de simples visitantes e não como legítimos recetores de cuidados (Damboise & Cardin, 2003; Mitchell & Chaboyer, 2010), utilizando-se razões como problemas de logística e condições físicas dos serviços para a limitar. Embora saibamos que o aspeto físico dos serviços não é hoje, ainda, o mais favorável a este exercício, sendo utilizado como subterfúgio e resistência à presença da família sabemos, também, que o envolvimento da família no cuidar, sempre que possível, se traduz na melhoria dos cuidados prestados. É facilitador do processo de transição vivenciado pelos diferentes intervenientes. Reitera-se, o sempre que possível, porque a família pode-se manifestar como não disponível para integrar este processo (Beer e Brysiewicz, 2017), quer por não se sentir segura, preparada, ou até confortável para desempenhar o papel, mas também pelo manifesto desejo do doente da não inclusão da família no processo da prestação de cuidados, intenção que terá obrigatoriamente de ser respeitada.

Meleis com a Teoria das Transições disponibiliza diversos instrumentos para a elaboração e planeamento dos cuidados, com o objetivo de habilitar o enfermeiro na

ajuda às pessoas para que estas consigam obter resultados saudáveis após o processo de transição vivido (Meleis, 2012).

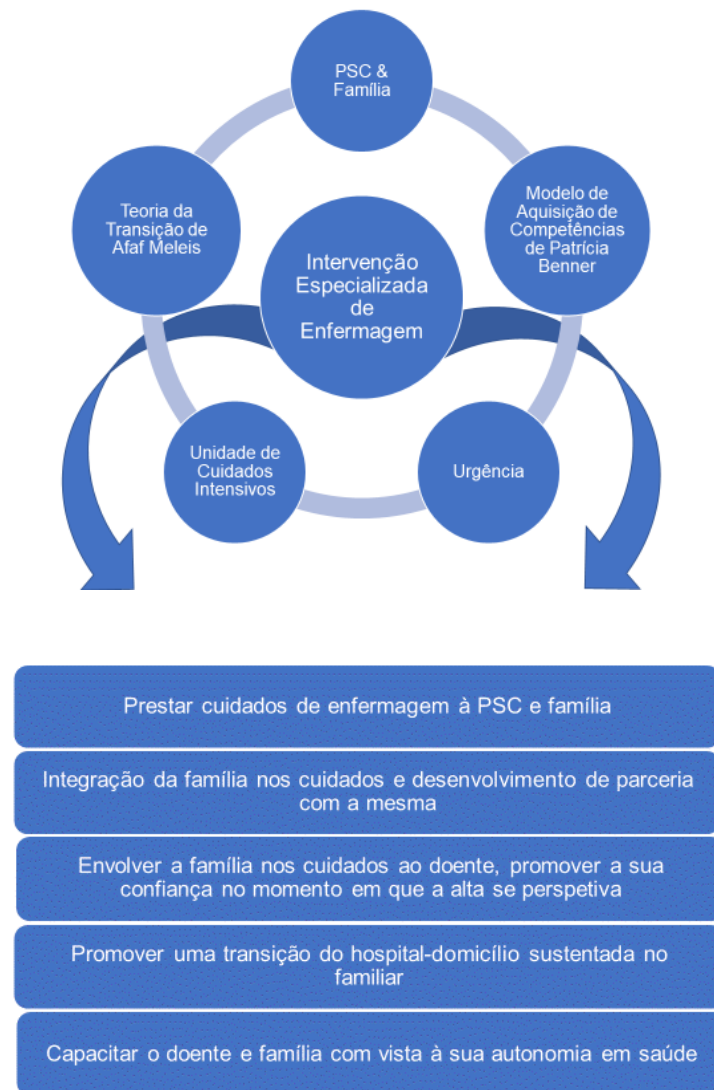
As intervenções terapêuticas de Enfermagem deverão ser interventivas e continuadas em todas as transições e devem proporcionar a quem a vive, conhecimentos, instrumentos e capacidade, com o objetivo de promover respostas positivas a essas transições, capazes de restabelecer o sentimento de bem-estar.

Acredita-se, desta forma, que o enfermeiro ao desenvolver este processo eleva o indivíduo, centrando os cuidados prestados no desenvolvimento humano, apoiando a maturidade e o crescimento pessoal.

Esta teoria permitiu a compreensão do fenómeno vivenciado pela pessoa/família, e, desde logo, a aquisição e desenvolvimento de competências, a capacitação para o cuidado, e para a disponibilização de instrumentos, com vista à superação do evento adverso e à obtenção de um processo de transição o mais saudável possível.

O objetivo primordial é a prestação de cuidados numa perspetiva especializada. O EEEPSC conjuga várias competências, entre elas “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;(…)” (Regulamento n. 429/2018, 2018, p. 19359) e “(...) Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica;” (Regulamento n. 429/2018, 2018, p. 19363).

É, pois, importante que o enfermeiro seja detentor de perícia que o permita ser um elemento verdadeiramente facilitador do processo de transição, nunca descurando que o seu papel não é de substituição ou de paternalismo, mas sim um papel de parceria com o outro na procura do seu bem-estar.



**Figura 3** – Síntese do projeto de estágio

Como enfermeiro incorpora-se este papel, um papel vital que vai além do assegurar da estabilidade clínica do doente. Este ponto é explanado inequivocamente no REPE que nos diz que a Enfermagem é

a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível". (Ordem dos Enfermeiros, 1996)



## **2 - ANÁLISE DO PERCURSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

No início deste percurso foi realizado um projeto centrado na temática: “Preparação da Família e Pessoa em Situação Crítica para um regresso a casa – Uma intervenção especializada de Enfermagem”. Esse projeto guiou todo o caminho para a aquisição e desenvolvimento de competências, preconizadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, no plano de estudos do CMEPSC e nos regulamentos das competências comuns e específicas do EEEPSC, documentadas pela OE.

Da realização deste percurso académico, estágio com relatório, desenvolvido em dois contextos clínicos distintos, SU e UCI durante o período de 23 de Setembro a 15 de Fevereiro (Apêndice I), para dar resposta aos objetivos planeados para a aquisição e desenvolvimento de competências, resulta uma análise rigorosa do trabalho desenvolvido.

Entende-se por competência um conjunto de saberes coletados no percurso de vida profissional desde a formação inicial de base associada à experiência da ação adquirida ao longo do tempo. É um saber agir complexo que se apoia na mobilização e combinação desses conhecimentos, habilidades, atitudes e recursos externos, devidamente aplicados a uma determinada situação (Benner, 2001).

Benner (2001, p.61) diz-nos que “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”. O contexto clínico, afeta diretamente a aquisição e desenvolvimento de competências, que se apreciam na ação, onde o enfermeiro terá necessidade de mobilizar um conjunto de saberes e recursos, e os aplicar nas diferentes situações.

Patrícia Benner (2001) desenvolveu o seu modelo de aquisição de competências para a Enfermagem baseado no Modelo de Dreyfus, mencionando as principais características e comportamentos nos diferentes níveis de desenvolvimento de competências, reconhecendo as necessidades em matérias de ensino e aprendizagem dos enfermeiros em cada nível. Assegura que as competências para a excelência nas práticas dos cuidados, surgem quando se obtém perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial. O entendimento de

perito, é um entendimento competente, é uma forma de conhecimento em si mesmo, e não apenas uma aplicação do conhecimento (Benner, 2001).

Benner menciona no seu modelo que “com o domínio da atividade vem a transformação da competência” (2001, p. 59), em consequência da experiência profissional e do domínio do conhecimento onde o contexto, o propósito e as interpretações são inerentes à prática competente.

O seu modelo de aquisição e desenvolvimento de competências envolve cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001). No contexto onde exerço funções (UCI) situo-me no nível competente, pela capacidade de planear de forma consciente e intencional que caracteriza este nível de competência (Benner, 2001). Pretende-se, através deste percurso, atingir progressivamente o nível perito na prestação de cuidados de enfermagem à PSC e à sua família. Benner descreve com base no Modelo de Dreyfus que o nível de perito alude ao enfermeiro que “age a partir de uma compreensão profunda da situação global” (2001, p. 58).

É pretensão alcançar o título de Mestre respondendo às competências específicas para o CMEPSC e apontadas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos. De igual modo obter o título de EEEPSC, de acordo com o regulamento da OE. O EE é de acordo com o regulamento das competências comuns da OE

*aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem (...) pressupõe, para além da verificação das competências enunciadas em cada um dos Regulamentos da respetiva Especialidade em Enfermagem, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde(..) (Regulamento n. 140/2019, 2019, p. 4744).*

A mesma entidade diz que o EEEPSC, é competente para

*Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; Dinamizar a resposta a situações de catástrofe ou emergência multivítimas, da conceção à ação; Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas. (Regulamento n. 429/2018, 2018, p. 19359)*

Em Diário da República existe referência às competências do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica como



*tendo como finalidade a melhoria da qualidade de vida da pessoa, os cuidados especializados em enfermagem Médico-Cirúrgica exigem a conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos dos seus cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e a recuperação perante situações que carecem de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos, tal como na promoção da saúde e na prevenção da doença em diversos contextos de ação* (Regulamento n. 429/2018, 2018).

*e que: “o avanço no conhecimento requer que o Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolva uma prática baseada nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem”* (Regulamento n. 429/2018, 2018, p. 19360).

Prossegue, referindo que

*os cuidados de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total* (Regulamento n. 429/2018, 2018, p. 19362)

que os cuidados à PSC e à sua família “*exigem observação, colheita e procura contínua (...) com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa, (...)de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil*”, e ainda que “*cuidar da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica é uma competência das competências clínicas especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica*” (Regulamento n. 429/2018, 2018, p. 19363).

Com o intuito de adquirir e desenvolver competências especializadas em enfermagem na PSC e à sua Família em situação de SU e UCI, foi definida uma finalidade major. Simultaneamente, foram delineados objetivos específicos a atingir, de acordo com as competências preconizadas no plano de estudos do CMEPSC, nos descritores de Dublin definidos para o 2º ciclo de formação e no regulamento das competências específicas do EEEPSC (Regulamento n. 429/2018, 2018).

A finalidade definida para este percurso foi: Desenvolver competências especializadas de enfermagem na prestação de cuidados à PSC e Família em contexto de SU e UCI na intenção de preparar um regresso a casa.

Para promover a aquisição e o desenvolvimento de competências centradas na temática: *Preparação da Família e Pessoa em Situação Crítica para um regresso a casa – Uma intervenção especializada de Enfermagem*, delinearam-se os seguintes objetivos específicos:

- ✓ Aprofundar conhecimentos teóricos na intervenção de enfermagem à PSC e Família;
- ✓ Desenvolver capacidade reflexiva sobre as práticas de enfermagem;
- ✓ Desenvolver competências de mestria na relação com a família (familiar cuidador);
- ✓ Identificar as necessidades da PSC e família;
- ✓ Promover uma transição do hospital-domicílio sustentada no familiar;
- ✓ Prestar cuidados de enfermagem à PSC e família em contexto de Urgência e Unidade de cuidados intensivos.

Para dar resposta à finalidade e objetivos supramencionados, foram planeadas atividades a realizar durante os períodos de estágio. Essas atividades consistiram em:

- ✓ Realização de permanente pesquisa bibliográfica em bases de dados relativamente à temática central;
- ✓ Identificação das necessidades formativas das equipas e planeamento de estratégias de melhoria da qualidade;
- ✓ Concretização de documentos reflexivos (jornal de aprendizagem) e partilha de vivências marcantes com professor orientador, enfermeiro orientador e enfermeiros peritos;
- ✓ Conhecimento e aplicação de instruções de trabalho e protocolos em vigor;
- ✓ Observação dos cuidados prestados pela equipa multidisciplinar à PSC e sua família;
- ✓ Identificação de focos de instabilidade na PSC e consequente intervenção;
- ✓ Demonstração de conhecimentos teórico-práticos no cuidado à PSC e sua família;
- ✓ Execução e avaliação dos cuidados de enfermagem especializados em função dos problemas identificados;
- ✓ Identificação da família e suas necessidades através da identificação das transições vivenciadas pela mesma;

- ✓ Promoção da expressão de sentimentos e dúvidas por parte da família, encorajando o seu envolvimento na dinâmica da prestação de cuidados;
- ✓ Planeamento, execução e avaliação das intervenções de enfermagem promotoras da transição vivenciada pela família;
- ✓ Utilização de estratégias como o processo de escuta ativa para identificação de necessidades da PSC e família;
- ✓ Estabelecimento de comunicação efetiva com a PSC e sua família;
- ✓ Verificação da necessidade de referenciação da PSC e sua família a outros elementos da equipa multidisciplinar e consequente referenciação;
- ✓ Conhecimento dos sistemas de informação utilizado nos diferentes locais de estágio;
- ✓ Realização de registos de enfermagem adequados e pertinentes para a continuidade de cuidados;
- ✓ Participação em congressos e eventos científicos relevantes para o percurso formativo.

## **2.1 - Análise de aquisição e desenvolvimento de competências em SU**

O primeiro contexto onde decorreu o estágio foi no SU, de um hospital da área metropolitana de Lisboa.

O SU tem por missão o atendimento e o tratamento das situações urgentes e emergentes, compreendendo-se estas como qualquer “(...) *situação clínica de instalação súbita na qual, respetivamente, se verifica ou há risco de compromisso ou falência de uma ou mais funções vitais*”. (Ministério da Saúde, 2012).

A Rede de Serviços de Urgência do nosso país integra diferentes níveis de resposta. São eles por ordem crescente de recursos e de capacidade: Serviço de Urgência Básica (SUB), Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico (SUMC) e Serviço de Urgência Polivalente (SUP).

O estágio decorreu num SUMC. Este representa o segundo nível de acolhimento das situações de urgência e deve garantir capacidade de resposta dos meios de emergência pré-hospitalar, para tal agrega uma Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) em gestão integrada (que assegura a atividade

pré-hospitalar, sendo, ainda, participativa na prestação de cuidados ao doente crítico no SU, contribuindo para a avaliação, estabilização e transporte intra e inter-hospitalar do doente crítico.

As valências do SUMC onde foi concretizado o estágio são, e passo a enumerar: Medicina interna, Cirurgia Geral, Ortopedia, Anestesiologia, Imunohemoterapia, Bloco Operatório (em permanência), Imagiologia (em permanência) com radiologia convencional, ecografia e Tomografia Axial Computorizada (TAC) e Patologia Clínica também em permanência.

O atendimento dos doentes neste serviço é realizado segundo o grau de prioridade, respeitando o sistema de Triagem de Manchester. Este sistema consiste numa ferramenta clínica para triagem de prioridades no contexto do SU, que pretende identificar critérios de gravidade de forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica de atendimento, e o respetivo tempo de espera, através da atribuição de uma cor.

O estágio foi realizado sob a orientação de um enfermeiro chefe de equipa, desenvolvendo o exercício da Enfermagem em grande parte na Sala de Reanimação (SR).

Não limitado a este espaço físico, foi feito o acompanhamento do enfermeiro chefe de equipa na gestão de recursos humanos e físicos durante o turno. Com o intuito de conhecer as diferentes realidades do serviço, colaborou-se e participou-se nas decisões da equipa de saúde, reconhecendo quando negociar ou referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde, otimizando o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Participou-se, ainda, na gestão dos cuidados, adequando os recursos às necessidades, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados, reconhecendo os diferentes papéis dos membros da equipa, criando um ambiente positivo e propício à prática, bem como estratégias de motivação da equipa com vista a um melhor desempenho. Com esta postura desenvolveram-se competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, e a competência preconizada pelo CMEPSC “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”.

Com esta atitude foi também alcançada a competência de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos”, existindo a preocupação de gerir as “circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos... nos diversos contextos de atuação”, ao criar/promover uma estratégia bem delineada para a gestão de recursos quer humanos quer físicos de modo a obter um ambiente seguro para a prestação de cuidados de enfermagem.

Com o objetivo de conhecer todo o percurso do doente crítico desde a entrada neste hospital, pela SR, até ao serviço de destino para tratamento diferenciado, almejou-se conhecer a relação deste SU com os outros serviços e unidades com que se relaciona, pelo que acompanhou-se o doente crítico a esses locais, como o Serviço de Imagiologia, Unidade de Acidente Vascular Cerebral (UAVC), Laboratório de Hemodinâmica, Cardiologia e UCI, também com o objetivo de manter o nível de cuidados e vigilância existente na SR durante o transporte do mesmo desde o SU até ao serviço de destino. De igual forma colaborou-se na definição de recursos para a prestação de cuidados seguros na condução do doente crítico até outros serviços, envolvendo todos os intervenientes na gestão do risco prevenindo assim potenciais intercorrências de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. A gestão de recursos foi sempre centrada na PSC, como sendo condição indispensável para a atividade terapêutica e prevenção de incidentes, gerindo sempre o risco que envolve qualquer que seja o transporte do doente crítico. Com base nesta prática desenvolveram-se competências comuns de enfermeiro especialista, no domínio da melhoria continua da qualidade, nomeadamente “garante um ambiente terapêutico e seguro” e a competência de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa... a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos...” ao ter a capacidade de “gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos... nos diversos contextos de atuação”.

Ao reconhecer o transporte do doente crítico como uma situação de especial complexidade, foi possível a implementação de intervenções planeadas e especializadas, adequando os recursos à consecução das diferentes intervenções especializadas, prevenindo potenciais complicações decorrentes do transporte, bem como a rápida e eficaz atuação em situações de desequilíbrio clínico, monitorizando a segurança e bem-estar da pessoa. Esta atitude possibilitou “implementar

intervenções orientadas para a vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença... e dos processos médicos e/ou cirúrgicos... que careçam de meios de intervenção avançados". Com este procedimento foi, ainda, obtida a competência de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica "cuida da pessoa... a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica".

Foram prestados cuidados à pessoa em situação emergente, prevenindo e identificando focos de instabilidade e risco. Foram antecipados, de forma rápida e eficaz, focos de instabilidade executando cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica. Foram demonstrados também conhecimentos de suporte avançado de vida e trauma e desta forma foi atingida a competência de EEEPSC, "cuida da pessoa... a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica", e a competência "dynamiza a resposta em situações de emergência... da conceção à ação" ao mostrar a capacidade de gerir "os cuidados em situações de emergência", e em simultâneo as competências preconizadas pelo CMEPSC "Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica", "dynamizar a resposta a situações... de emergência, da conceção à ação" e "gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional".

Na SR do SU, onde foi desenvolvido o primeiro período de estágio, houve a oportunidade de intervir face a PSC com diferentes necessidades e de diferentes níveis de complexidade. Destacam-se algumas vivências, que permitiram dar resposta à finalidade e aos objetivos traçados no projeto e, dessa forma, atingir as competências a adquirir. Salientam-se duas situações distintas: a primeira, referente à receção de um doente em SR com possível diagnóstico de Acidente Vascular Cerebral (AVC) referenciado pela "Via Verde AVC". Em primeiro lugar foi realizada uma avaliação ABCDE do doente, administrada a terapêutica prescrita, e posteriormente foi realizado o acompanhamento ao serviço de Imagiologia para avaliação radiológica: *Angio-TAC*, e confirmação do diagnóstico, com consequente transferência para a UAVC do hospital. Neste processo foi realizado o acompanhamento permanente do doente para manutenção de vigilância hemodinâmica e neurológica, desde entrada na SR até internamento na UAVC. A segunda situação é relativa a uma vítima de trauma (queda de varanda, supostamente

1º andar), apresentava alterações neurológicas marcadas, a necessitar de suporte hemodinâmico e respiratório por comprometimento de funções vitais, e necessidade de modalidades terapêuticas complexas tal como ventilação mecânica invasiva. O doente foi admitido na sala de reanimação, onde se procedeu à sua estabilização, envolvendo técnicas invasivas como entubação orotraqueal para manutenção de via aérea e ventilação mecânica e, colocação de acesso vascular central para instituição de terapêutica de 1ª linha (terapêutica vasopressora e fluidoterapia). Após este primeiro momento o doente foi acompanhado ao Serviço de Imagiologia, mantendo sempre o nível de vigilância e cuidados. Foi efetuada a avaliação radiológica necessária, permitindo de seguida realizar um diagnóstico médico e posterior ativação de “*Via Verde Trauma*” referenciando o doente para o centro de trauma mais próximo.

Estas duas situações contribuíram também para alcançar e reforçar as competências ambicionadas. Foram atingidas competências comuns de EE no domínio da melhoria continua da qualidade ao “garantir um ambiente terapêutico e seguro” e no domínio da gestão dos cuidados, ao “gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde”. Foram igualmente reforçadas competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e juntamente alcançadas competências de EEPSC “cuida da pessoa... a vivenciar processos complexos de doença crítica” ao “garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos”, como é a “*Via Verde AVC*” e a “*Via Verde Trauma*”. Foram implementadas respostas de enfermagem apropriadas à situação e possíveis complicações, através de uma monitorização e avaliação rigorosa do doente, adequando as respostas aos problemas identificados, demonstrando conhecimento e habilidades na prestação de cuidados à PSC.

Na SR onde foram prestados cuidados, vivenciaram-se outras situações, onde se desenvolveu o exercício especializado de Enfermagem. Salienta-se a situação de um homem sexagenário, vítima de paragem cardiorrespiratória (PCR). Esta PCR foi presenciada, e foi iniciado suporte básico de vida de imediato no local até chegada de ajuda diferenciada, VMER. O senhor recuperou circulação espontânea no local, aparentemente sem sequelas sendo, de seguida, transportado para o hospital. Foi admitido na SR para vigilância e monitorização hemodinâmica, com posterior observação pela especialidade de Cardiologia para decisão terapêutica e consequente internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Coronários daquele hospital. No decorrer deste processo foi realizado o devido acolhimento e



acompanhamento da família (esposa), prestando-se assim os devidos cuidados de enfermagem à família.

Outra situação a destacar é relativa a uma senhora admitida na SR na sequência de intoxicação. Num primeiro momento desconhecia-se se voluntária, pelo que se procurou obter informação junto de um familiar de referência. Para além dos cuidados à doente decorrentes da situação, foi realizada então a identificação do familiar de referência, o esposo, este foi informado da ocorrência, e junto deste foi investigado todo o percurso de vida nesse dia, possíveis hipóteses que motivem o ocorrido; identificação de fármaco ou veneno utilizado. Foi equacionada a possibilidade de contato com Centro de Intoxicações e Antiveneno (CIAV) se necessário. O familiar, foi dessa forma, envolvido e cuidado como parceiro no processo, foi reconhecido o seu vital papel na obtenção de conhecimento da doente, e consequente mais valia, para a tomada de decisão em clínica.

Descreve-se ainda uma última situação referente à receção de um jovem na SR com alterações neurológicas francas após queda de bicicleta. À admissão não foi possível obter informação sobre o mecanismo de lesão, isto é, saber se a queda foi resultante de uma alteração neurológica, ou se por sua vez a alteração neurológica constituía uma consequência do trauma. Conhece-se como antecedente pessoal importante, epilepsia com internamento recente na UCI daquele hospital. O jovem foi conduzido pelo pai à SR sem qualquer apoio de terceiros ou intervenção de qualquer meio de socorro. A admissão em SR originou um momento de tensão entre profissionais e familiar, existiu confronto verbal, sendo rapidamente sanado após intervenção imediata do chefe de equipa de enfermagem. A utilização de comunicação verbal e não verbal de forma coerente e assertiva, a escuta ativa e a demonstração de disponibilidade, tranquilizou o familiar e serenou o ambiente. Este foi prontamente envolvido no processo e reconhecido o conhecimento que tem do doente e consequente mais valia para a tomada de decisão em clínica. Deste episódio resultou a realização do jornal de aprendizagem, que permitiu desenvolver capacidade reflexiva sobre o exercício clínico dos enfermeiros, objetivo e competência preconizada pelo CMEPSC.

Apresenta-se nestas situações capacidade para identificar “as necessidades da pessoa e da sua família, assegurando a deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação decorrentes de patologias agudas e de processos médicos complexos”, estabeleceu-se uma relação terapêutica eficaz e adequada com



a pessoa e família, alvos dos cuidados, mostrando também competências específicas em técnicas de comunicação, ao adaptar a comunicação à pessoa e ao contexto, promovendo prontamente o envolvimento da família. Ao valorizar a sua ação e conhecimento, com vista a criar uma parceria em todo o processo de cuidar, no sentido da independência e bem-estar, constituí um agente facilitador no processo de transição saúde-doença e situacional quer da PSC quer da família perante o evento súbito. Fica presente a competência de “conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição” e o desenvolvimento da competência de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica “cuida da pessoa e família a vivenciar processos...complexos decorrentes de doença aguda ou crónica”.

Abordando as competências específicas do EEEPSC, a competência adquirida e desenvolvida foi “cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica...”. Assim para além das atividades e unidades de competência já descritas noutras situações e que também aqui se aplicam, nestas três últimas situações em concreto estabeleceu-se uma relação onde a comunicação teve especial importância. Demonstraram-se conhecimentos em técnicas de comunicação perante a pessoa e a sua família em situação crítica, e conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação, adaptando a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica. Mostrou-se, desde logo, a capacidade de “gerir uma comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face a uma situação de alta complexidade do seu estado de saúde”. Foi estabelecida uma relação terapêutica com a PSC e família, ao “assistir a pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica”.

Sendo a PSC e Família, o alvo de cuidados central da temática envolvida neste estágio e focando em especial a transição do hospital para o domicílio com base na família foi realizada uma observação atenta e cuidada da gestão de doentes e altas no SU, em particular na forma de preparar as altas dos doentes internados no Serviço de Observação (SO). O foco de atenção foi a preparação do doente e família/cuidador informal para um regresso a casa, um regresso que se deseja seguro.

Após uma conversa formal com o enfermeiro orientador entendeu-se ser pertinente munir os enfermeiros de uma ferramenta que lhes permitisse, o mais precocemente possível, antecipar intervenções de modo a promover uma transição hospital-domicílio saudável.

Foi apresentada a sugestão, à chefia do serviço, da criação de um formulário a preencher pelo enfermeiro em SO, idealmente no momento da admissão que lhe permitisse avaliar componentes fundamentais para o regresso a casa. Este formulário foi construído compreendendo duas partes distintas, uma primeira parte avalia o grau de autonomia do indivíduo a ter alta e uma segunda parte permite perceber a existência de um familiar/cuidador de referência, a sua disponibilidade e preparação para o papel, bem como recursos para o seu desempenho. Na realização deste documento (Apêndice II) foi utilizada taxonomia *NANDA*, *NIC* e *NOC*, para uniformização da linguagem utilizada. Foi posteriormente apresentado à chefia do serviço e proposto à aprovação para posterior implementação.

Através desta ação foram alcançadas competências comuns de EE ao colaborar na “conceção e operacionalização de um projeto na área da qualidade”. Procedeu-se à sua divulgação e necessária adequação ao contexto, de forma a ser aplicável por todos os intervenientes na prestação de cuidados. Com este formulário/documento colaborou-se na realização de protocolos, logo, “orientei projetos institucionais na área da qualidade” ao procurar agilizar a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados. Com esta ação foi adquirida a competência comum de EE no domínio da melhoria continua da qualidade “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”.

No mesmo domínio foi possível reconhecer, após atenta observação do contexto, que a melhoria da qualidade envolve sempre a avaliação das práticas, e que em função dos resultados, a eventual revisão das mesmas poderá ser necessária. Foram assim identificadas oportunidades de melhoria, selecionaram-se estratégias e elaborou-se um documento para dessa forma, implementar um “programa de melhoria continua” da qualidade dos cuidados, mais concretamente no momento da alta da PSC. Foi alcançada a competência comum de EE no domínio da melhoria continua da qualidade “desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”.

A concretização deste estágio permitiu no domínio da melhoria continua da qualidade fortalecer uma competência: “Garante um ambiente terapêutico e seguro”. Houve a preocupação de promover e gerir o ambiente centrado na pessoa e sua família, operando de forma proativa ao promover uma parceria com a família,

procurando a sua segurança e bem-estar, incitando a sensibilidade, a consciência e respeito pela sua identidade.

A criação e posterior aplicação do formulário poderá permitir apoiar a pessoa e sua família no processo de transição e adaptação perante a sua nova posição. A sua criação visou a adequação de estratégias especializadas de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto, procurou-se valorizar o potencial da pessoa e sua família na vivência do processo de transição. Esta ação permitiu desenvolver a competência de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica “cuida da pessoa e família a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos decorrentes de doença aguda ou crónica” ao conceber “... plano de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição...”.

Com a realização deste formulário foram, também, atingidas as competências do CMEPSC: “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”, e “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio”.

Numa via paralela na linha temporal em que decorreu a criação do formulário atrás descrito e com vista a adquirir e desenvolver competências relacionadas com a temática central, procurei conhecer a equipa da Unidade de Hospitalização Domiciliária (UHD). Esta unidade encontrava-se em processo de implementação, apresentava como grande objetivo ser uma alternativa ao modelo de internamento convencional, proporcionando assistência médica e de enfermagem aos utentes que, apesar de necessitarem cuidados hospitalares, reuniam um conjunto de critérios clínicos, sociais/familiares e geográficos que lhes permitiam ser hospitalizados no domicílio, sob vigilância de uma equipa de gestão hospitalar multidisciplinar, após o devido consentimento informado do doente e da sua família. Este modelo assenta na Medicina Hospitalar de Ambulatório, centrada nas necessidades do doente agudo, mas simultaneamente mais humanizada, respeitando a individualidade de cada doente e devidamente integrada com os outros níveis de cuidados. O projeto de hospitalização domiciliária apresenta como vantagens, menor incidência de infeções hospitalares, maior comodidade para o doente que recebe cuidados de saúde no seu domicílio, permite a mais eficiente gestão de recursos hospitalares e por consequência redução de custos.

Neste percurso académico, ainda no decorrer deste contexto clínico, após conversa com Enfermeiro orientador, sendo reconhecido por ele como competente e

possuindo conhecimentos de enfermagem sobre a técnica, foi proposta a elaboração um documento, intitulado de: *“Linhas de orientação para a execução da técnica mais adequada na realização do decúbito ventral / Prone Position”* (Apêndice III), contribuindo para uma prática especializada. Este tema surge da preocupação manifestada quer pelo Enfermeiro orientador do estágio no SU quer pelos restantes elementos da equipa de Enfermagem, que apesar de cuidarem, em SO, de doentes submetidos a ventilação mecânica invasiva, não detêm conhecimentos e experiência na realização deste procedimento. Após encontro formal com a Enfermeira responsável pela formação em serviço, pensou-se ser pertinente a concretização deste documento/guia de procedimento, com o objetivo de alertar a equipa de enfermagem para a especificidade deste posicionamento, dando relevo aos cuidados de enfermagem. Este projeto foi desenvolvido tendo em conta a prática baseada na melhor evidência, ou seja, a “evidência científica suporta a prática clínica”, contribuindo para a aquisição de novo conhecimento e para o desenvolvimento de uma prática clínica especializada. Ao agir como elemento dinamizador e gestor da integração do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados com vista à qualidade dos mesmos e, rentabilizando uma oportunidade de aprendizagem com a formulação e implementação do procedimento foi atingida a competência comum de EE “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

Com este procedimento foram também atingidas as competências do CMEPSC: “demonstra um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina” e “abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador” e a capacidade de “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”, e “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio”.

Neste contexto clínico, com o objetivo de ir ao encontro de novos conhecimentos com base na melhor evidência científica e de consolidar os conhecimentos, participou-se no congresso: #DC19, *Congresso Internacional do Doente Crítico 2019*, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros. (Anexo I) Esta participação permitiu atingir as competências do CMEPSC: “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”, “refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” e “abordar questões complexas

de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador”. Em resultado desta participação foi realizado um relatório com as conclusões e reflexões obtidas.

## **2.2 - Análise de aquisição e desenvolvimento de competências em UCI**

O segundo momento deste percurso aconteceu numa UCI de um hospital central de Lisboa.

A medicina intensiva, área onde desempenho funções, é uma “área multidisciplinar e diferenciada das Ciências Médicas que trata especificamente a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de situações de doença aguda grave potencialmente reversível, em doentes que apresentam falência de uma ou mais funções vitais” (Ministério da Saúde, 2003, p.6).

As UCI são olhadas como os “locais qualificados para assumir a responsabilidade integral pelos doentes com disfunções de órgãos, suportando, prevenindo e revertendo falências com implicações vitais” (Ministério da Saúde, 2003).

O estágio realizado decorreu numa UCI classificada como uma unidade de nível III, esta unidade compreende 12 camas de nível III e 8 de nível II, uma sala de hemodiálise e uma sala de técnicas e procedimentos invasivos (como colocação de eletrocateter, fibroscopia) e ainda uma sala de *ExtraCorporeal Cardiopulmonary Resuscitation*. (E-CPR)

Este estágio foi realizado, também como o de SU, sob a orientação de um enfermeiro chefe de equipa, o que permitiu de igual forma conhecer e experienciar a gestão de recursos humanos e físicos, no caso deste serviço com um elevado grau de complexidade. Para além desta realidade procurou-se conhecer todas as dinâmicas do serviço, pelo que foi explorado todo o seu espaço físico, com o intuito de colaborar com os diferentes elementos da equipa multiprofissional e prestar cuidados ao doente crítico nas diferentes esferas do serviço.

Sendo este um serviço que representa o destino final do doente crítico, onde se realiza tratamento muito diferenciado, procurou-se conhecer as suas dinâmicas e os canais de comunicação com outros serviços e unidades, pelo que sempre que possível foi feito o acompanhamento do doente crítico a esses locais, como foi o caso do Serviço de Imagiologia e Bloco Operatório.

Neste contexto, como no anterior, o objetivo central e crucial foi adquirir e desenvolver competências para obter o grau de mestre e de EEEPSC. Foram, pois, de forma empenhada e dedicada e, com a intenção de poder colaborar e contribuir para o crescimento do serviço, desenvolvidas e executadas determinadas atividades.

Para cumprir os objetivos desenhados no projeto para este segundo contexto ainda no espaço temporal do primeiro momento de estágio participou-se num congresso com a temática: *V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva*, do Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central, Unidade de Urgência Médica, Hospital de São José, com o objetivo em ir ao encontro de novos conhecimentos com base na melhor evidência científica e de consolidar os conhecimentos. (Anexo II) Esta participação permitiu assim atingir as competências do CMEPSC: “selecionar fontes de informação relevantes para a tomada de decisão”, “refletir sobre o sentido das afirmações do outro e sobre outras representações” e “abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador”. Em resultado desta participação foi realizado um relatório com as conclusões e reflexões.

Como referido anteriormente, neste contexto clínico o enfermeiro orientador foi uma enfermeira chefe de equipa. Como no estágio anterior esta situação permitiu experienciar a gestão de um serviço complexo, com profissionais diferenciados nas diferentes categorias profissionais e, com meios e recursos sofisticados com o objetivo de conceder um tratamento diferenciado e de elevada qualidade ao doente crítico e à sua família. Refere-se aqui também a família porque na primeira observação neste serviço verificou-se que o doente e família são vistos como um só, logo o único destinatário das atitudes terapêuticas instituídas.

Participou-se, em cada turno, na reunião/passagem de turno dos chefes de equipa e acompanhou-se o chefe de equipa ou segundo elemento. Essa participação foi ativa na gestão dos recursos humanos, na gestão dos cuidados prestados e na gestão dos recursos físicos e equipamentos do serviço adequada às necessidades. Com o propósito de conhecer as realidades desta unidade foi possível acompanhar os dois elementos (chefe de equipa e segundo elemento da equipa), procurando colaborar e participar nas decisões da equipa de saúde, reconhecendo uma relação saudável e de estreita colaboração com os outros prestadores de cuidados, “otimizando desta forma o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”. Ao participar nesta gestão de recursos e de cuidados, observou-se um estilo de liderança adequado à garantia da qualidade dos cuidados, reconhecendo os diferentes papéis

dos membros da equipa, onde foi possível criar um ambiente positivo e favorável à prática. Estabeleceram-se e aplicaram-se estratégias de motivação da equipa para o seu melhor desempenho, ou seja, apresentou-se a capacidade de “adaptar o estilo de liderança... favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos”. Esta ação possibilitou desenvolver competências comuns de EE no domínio da gestão dos cuidados, nomeadamente “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, e “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”, abrangendo também a competência preconizada no CMEPSC “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”.

Esta atitude possibilitou também adquirir e desenvolver a competência de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos”, havendo a preocupação de gerir as “circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos... nos diversos contextos de atuação”.

Com vista a conhecer as dinâmicas e os canais de comunicação deste serviço com outros serviços e unidades, foi feito acompanhamento, tal como já referido, do doente crítico a diferentes locais. Das várias situações, salienta-se o acompanhamento e vigilância de um doente sob *Extracorporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) ao Bloco Operatório para intervenção cardiotorácica, pela elevada complexidade envolvida. Foi adquirida e desenvolvida competência de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa... a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos...” ao mostrar a capacidade de “gerir as circunstâncias ambientais que potenciam a ocorrência de eventos... nos diversos contextos de atuação”. Decorrente desta situação foi adquirida a competência de EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica “cuida da pessoa... a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” ao “implementar intervenções orientadas para a vigilância, monitorização e terapêutica, prevenindo complicações e eventos adversos decorrentes da doença... e dos processos médicos e/ou cirúrgicos... que careçam de meios de intervenção avançados”.

Na prestação de cuidados à PSC pretende-se uma atuação célere e pronta, com vista a prevenir e identificar de forma precoce focos de instabilidade e risco, ao



executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica e, ao demonstrar também conhecimentos de suporte avançado de vida e trauma, foi atingida igualmente a competência de enfermeiro especialista em EEEPSC, “cuida da pessoa... a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, e a competência “dinamiza a resposta em situações de emergência... da conceção à ação” ao mostrar a capacidade de gerir “os cuidados em situações de emergência”, e em paralelo as competências preconizadas pelo CMEPSC “Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e /ou falência orgânica”, “dinamizar a resposta a situações... de emergência, da conceção à ação” e “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”.

Na prestação de cuidados ao doente crítico internado nesta unidade dispôs-se da oportunidade de “cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” segundo protocolos existentes, criados pelos profissionais da unidade para a administração de diferentes terapêuticas, permitindo desenvolver competências em EEEPSC. Foram prestados cuidados ao doente crítico com recurso ao protocolo de insulinoaterapia, ao protocolo de anticoagulação na prestação de cuidados a doente em ECMO, e protocolo de sedo-analgesia.

Nestas diferentes atuações fortaleceram-se as competências atrás referidas, ao “garantir a administração de protocolos terapêuticos complexos”, mobilizaram-se conhecimentos e habilidades de diferentes dimensões para responder em tempo útil às diferentes situações.

De referir ainda que ao prestar cuidados com recurso ao protocolo de sedo-analgesia, esta atuação permitiu alcançar a competência na área do “...controlo da dor com medidas farmacológicas” e demonstrar “conhecimentos e habilidades na gestão de situações de sedo-analgesia”.

No processo de aquisição e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à PSC foi um enorme contributo a oportunidade de prestar cuidados à pessoa admitida pelo programa “E-CPR”. Vivenciou-se, após admissão e avaliação de um doente e todas as circunstâncias envolvidas, a constatação da não viabilidade das ações e terapêuticas instituídas e procedida à verificação do óbito. Iniciaram-se as diligências necessárias para o programa de doação de órgãos, mantendo em paralelo todos os cuidados necessários para a manutenção do cadáver, mobilizando



conhecimentos e habilidades perante a situação de morte por coração parado e manutenção hemodinâmica do potencial dador.

Com esta atitude, ao participar na tomada de decisão em equipa de um diagnóstico tão complexo que despoleta um processo de igual complexidade, a doação de órgãos, atingiu-se a competência comum do enfermeiro especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao “desenvolver uma prática segura, profissional, ética e legal, na área da especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e competência comum de enfermeiro especialista no domínio da gestão de cuidados, ao “gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa” ao nível da tomada de decisão.

A conclusão deste processo permitiu acolher, posteriormente, a família deste potencial dador, e identificar “as necessidades...da família...decorrentes...de processos médicos complexos”. Estabeleceu-se uma relação terapêutica eficaz e adequada à situação com esta família que se tornou o alvo dos cuidados, demonstrando competência ao nível da comunicação, adaptando a mesma à família em questão e ao contexto vivenciado. Foi pensado e concebido um plano de intervenção com o objetivo de auxiliar esta família na adaptação à sua nova situação, a viver um processo de transição originado por um evento adverso, obtendo a competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica “cuida da família a vivenciar processos médicos/cirúrgicos” e “otimiza o ambiente e os processos terapêuticos... na família a vivenciar processos médicos complexos”. No decorrer deste procedimento adquiriu-se a competência específica do EEEPS “cuida... da família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”. Por fim, mas de elevada importância, ao mostrar conhecimentos e habilidades no campo da dignificação da morte favorecendo um processo saudável de luto “assisti a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica...”.

Em contexto de cuidados críticos o prenúncio da morte é uma das vivências da família (Mendes, 2018). Durante o período de estágio destaco uma situação envolvendo uma doente em processo de morte por insucesso das modalidades terapêuticas instituídas. Após ter sido fornecida informação clínica acerca da sua familiar, esposa e mãe, foi possibilitada a presença dos familiares, nos últimos momentos de vida à “cabeceira” da doente. Ao experienciar esta situação, adquiriram-

se e desenvolveram-se conhecimentos para uma prática especializada na gestão da ansiedade e o medo vividos pela família facilitando o processo de luto.

Realçando uma temática fundamental nos cuidados de saúde, o controlo de infeção, para adquirir competências nesta área foi possível participar de forma ativa em reuniões e ações do grupo de controlo de infeção do serviço. Desta forma desenvolveram-se competências ao nível do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na “... prevenção... e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos... complexos...” e competências ao nível do EEPSC “...prevenção... e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica...”.

Ao ser parte ativa no processo de controlo de infeção no serviço, obtiveram-se e desenvolveram-se novos conhecimentos, possibilitando aquando da receção das visitas, processo no qual esteve centrado o foco tendo em conta a temática, fazer cumprir os procedimentos criados, monitorizar e avaliar as medidas de controlo e prevenção concebidas e implementadas e respeitar os circuitos requeridos na prevenção e controlo de infeção.

Neste contexto de exercício clínico, e para ir ao encontro do projeto construído no início deste percurso, procurou-se conhecer o vínculo estabelecido entre o serviço e seus profissionais, em particular os enfermeiros, com a família do doente crítico.

Efetou-se uma análise da relação estabelecida entre os diferentes intervenientes, sob a forma de observação, em diferentes situações vivenciadas no serviço, como é exemplo do acolhimento à família aquando do primeiro contato desta com a nova realidade vivida. O acolhimento é o primeiro contato entre profissionais e a família, e constitui a primeira oportunidade para se construir uma relação terapêutica entre as partes. Posteriormente procurou-se estar presente e disponível nos momentos de visita, observando a interação entre enfermeiro e família e interagindo igualmente nesse período mantendo o respeito pelos momentos privados do doente e sua família.

Conhecendo a existência de uma consulta de *Follow up*, dirigida essencialmente ao doente, após a alta deste serviço, com a intenção de conhecer a sua experiência enquanto doente internado e como foi o regresso ao seu quotidiano, procurou-se estar presente nessas consultas como forma de conhecer a dinâmica

utilizada. Constatou-se que, não raras vezes, o familiar/cuidador de referência, com autorização do doente, está presente de forma ativa neste momento.

Identificou-se a importância de criar um espaço equivalente a este para esse familiar, com a intenção de conhecer as suas vivências, medos e angústias durante o internamento, bem como conhecer também o regresso deste familiar à sua nova realidade e quotidiano, já não só como familiar, mas inúmeras vezes como cuidador.

Este momento, este espaço de entrevista informal, se direcionado ao familiar, permitiria conhecer a sua experiência, identificar as suas dificuldades, fatores que facilitaram e que dificultaram a personificação deste novo papel. Os mecanismos de adaptação utilizados nesta nova etapa da vida, produziriam conhecimento, que serviriam de suporte para delinear a prática futura durante o internamento do doente crítico e sua família na UCI. Ao conhecer essas vivências, dificuldades sentidas, mecanismos de adaptação, fatores facilitadores e barreiras do processo, poderíamos construir e utilizar instrumentos para melhor capacitar o doente e sua família, instruindo-os e facultando-lhes ferramentas úteis para um regresso a casa com a máxima autonomia possível.

Paralelamente efetuou-se uma observação das necessidades do serviço neste campo, fizeram-se entrevistas de caráter informal a diferentes elementos de referência do serviço, peritos, a fim de obter diferentes pontos de vista sobre a temática. Após analisar as necessidades encontradas e as respostas obtidas, realizou-se uma pesquisa bibliográfica com vista a conhecer instrumentos validados para estudar a família do doente crítico, e desta forma adotar uma intervenção especializada de Enfermagem. Pretende-se com esta intervenção promover e fortalecer a relação entre os intervenientes, com o propósito de criar uma verdadeira parceria no cuidar, e preparar a família e a PSC para um regresso a casa, com a máxima autonomia possível ao momento da alta.

Foi ainda efetuada uma apreciação das práticas clínicas em função dos seus resultados, com base em evidência científica. Esta avaliação permitiu identificar uma necessidade de conhecimento e surgiu uma oportunidade de melhoria dos cuidados direcionados à família. Selecionou-se uma estratégia pedagógica e agilizado em conjunto com a senhora enfermeira orientadora deste estágio e a senhora professora orientadora pedagógica, procedeu-se à realização de uma sessão de esclarecimento sobre o tema, com o objetivo também da criação de um plano orientador para uma melhor prática junto da família.

A sessão de formação foi realizada sob o título de “*Preparação da família para um regresso a casa, qual o depois da UCI?*” (Apêndice IV). Nessa sessão apresentou-se uma escala, o seu valor e utilidade para esta temática - Escala de Avaliação do Cuidado Informal - *Caregiving Appraisal Scale* – assim como a possível aplicação no serviço, com o objetivo de melhor conhecer as famílias, e de fomentar melhores práticas, resultando numa parceria efetiva com a família e logo potencialização desta na busca de uma maior autonomia possível com o seu familiar.

Ao realizar esta sessão demonstrou-se capacidade no papel de agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho, atuando como formador. Partilharam-se experiências avaliadas com sucesso e mobilizados conhecimentos avançados, com o objetivo de os incorporar na prestação de cuidados, de forma a melhorar a qualidade destes. Ao difundir estes conhecimentos com o objetivo da sua adequação ao serviço em questão, contribuiu-se para a criação e operacionalização de um possível projeto na vertente da qualidade dos cuidados à família. Após o momento de formação teve lugar um espaço de discussão, o que permitiu avaliar o impacto da mesma e a receptividade da equipa ao tema. Colaborou-se, assim, na execução de uma atividade na área da qualidade, e na possível realização de um protocolo na mesma área com a instituição que me recebeu para a realização deste estágio. Foram assim desenvolvidas competências comuns de enfermeiro especialista no domínio da melhoria contínua da qualidade ao constituir “... um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais...” e no desenvolvimento de “... práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”, e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao basear “... a sua praxis clínica especializada em evidência científica”.

Com este processo relevou-se a necessidade de avaliar o impacto que um determinado evento tem na qualidade de vida e bem-estar de uma família, assim como a importância de identificar as necessidades da mesma, de criar com ela uma relação terapêutica eficaz e adequada tornando-a também alvo dos cuidados. O reconhecimento das necessidades de intervenção especializada nas áreas de atenção relevantes para a família que vivencia um processo complexo, permite ao enfermeiro cuidá-la e envolvê-la no processo do cuidar com vista à independência do seu familiar.

Este procedimento permite conceber um plano de intervenção com o objetivo da adaptação aos processos de transição situacional da família perante situações decorrentes do evento adverso, adaptando uma estratégia de intervenção especializada, de modo a oferecer uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto à família. Permite ainda valorizar o potencial da família na vivência do processo de transição. Ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados, foram adquiridas competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao cuidar da “...família a vivenciar processos...complexos, decorrentes de doença...”

Simultaneamente ao pretender otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na família a vivenciar um evento adverso, e ao criar um plano com vista a promover um processo de transição situacional saudável, desenvolveram-se competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica ao mostrar a capacidade de gerir “... processos terapêuticos de prevenção, estabilização, manutenção e recuperação de situações decorrentes de doença... e dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”.

Na sequência da ação desenvolveu-se a competência de EEEPSC ao cuidar “...da família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”, foram mobilizados conhecimentos e habilidades para possibilitar uma resposta em tempo útil e de forma holística às necessidades identificadas à família.

Percecionou-se a necessidade de aprofundar conhecimentos, técnicas e estratégias facilitadoras de comunicação perante a família em situação crítica, de forma a estabelecer uma comunicação que funcione para ambos os elementos da relação terapêutica e dessa forma combater eventuais *“barreiras à comunicação”*.

Reconheceu-se a importância da comunicação, e desenvolveu-se a competência de gerir “a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a família face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde”. Constatou-se que para iniciar e manter uma relação terapêutica com a família, uma relação efetiva e real, é necessário reconhecer a vulnerabilidade de uma família com dificuldades de comunicação e identificar o impacto dessa vulnerabilidade na relação terapêutica. Torna-se necessário selecionar e utilizar de forma adequada as habilidades de relação de ajuda à família da PSC, realizando uma avaliação continua

da relação criada. Atingiu-se assim a competência “gere o estabelecimento da relação terapêutica perante a ... família em situação crítica e/ou falência orgânica”. O planeamento e concretização da sessão de formação permitiu, ainda, compreender a necessidade de possuir conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e dos medos vividos pela família do doente crítico, esta perceção permitiu desenvolver a competência “cuidar da família a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica” ao “...assistir a família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica”.

Por fim a realização desta sessão de esclarecimento conduziu também à obtenção das competências do CMEPSC:” demonstra um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica para os problemas atuais/novos da disciplina” e “abordar questões complexas de modo sistemático, reflexivo, criativo e inovador” e a capacidade de “gerir os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional”, e “expor com clareza e argumentar os resultados do seu próprio raciocínio”.

### **3 - CONCLUSÃO**

Este relatório pretendeu revelar o percurso formativo, os estágios realizados, e em cada um deles, os conhecimentos e competências adquiridas ou desenvolvidas, no cuidado à PSC e sua família. Foram formulados objetivos para este caminho de aquisição e desenvolvimento de competências, tendo em conta as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do EEEPSC, e as competências do CMEPSC. Estes objetivos a que me propus no início desta etapa foram atingidos. Para tal muito contribuiu a pesquisa bibliográfica realizada, o trabalho desenvolvido durante os estágios, e reflexão crítica constante que partilhei com professores, orientadores de estágio e outros profissionais que fizeram parte deste percurso formativo.

O trabalho desenvolvido neste período de formação, conduziu-me a um crescimento profissional e na relação com o outro, a PSC ou a sua família. Possibilitou-me, portanto, chegar a conclusões que passo a enunciar.

A família está envolvida de forma significativa no processo saúde/doença dos seus membros e é imprescindível no suporte à pessoa doente hospitalizada.

É, pois, preciso repensar hoje a essência da prática de enfermagem, olhando a família como parceira no cuidado, com o intuito de reduzir o sofrimento emocional, físico e espiritual da família, assegurando cuidados competentes e de excelência. O exercício da enfermagem centrada na família é uma abordagem do cuidar, baseada numa relação estreita e de colaboração entre os profissionais e as famílias, integrando-a a partir desse momento no processo de cuidados.

Ao olharmos a pessoa, entendemo-la como um ser social inserido em grupos, sendo o primeiro de todos a família, esta pode ser entendida como como um grupo natural onde se inserem os seres humanos e constitui-se por todas as pessoas significativas (ICN, 2011).

A pessoa sob a qual nos focámos neste documento encontra-se numa situação de dependência que poderá ser permanente ou não, exigindo em determinada altura a presença de alguém que assuma o papel de cuidador, que o ajude na satisfação das suas necessidades básicas. Entendemos então dependência como

situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e/ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar atividades da vida diária (Decreto Lei n.º 101/2006, 2006)

O desempenho do papel de cuidador recai na maioria das vezes na família. Cuidar de um familiar em situação de dependência traz grandes exigências tanto a nível individual como familiar, o cuidador é confrontado com um conflito de papéis, por um lado a exigência de tomar conta de alguém, por outro as alterações inevitáveis à sua vida e bem-estar.

A situação de doença e consequente hospitalização por parte de um dos elementos da família é uma episódio que gera stress e ansiedade em todos os membros da família, conduzindo a alterações do seu estilo de vida. Os familiares da pessoa hospitalizada sentem-se num ambiente estranho e desprotegido, longe das suas dinâmicas diárias. Esta evento é um momento de rutura e crise em que a família experiênciia um processo de transição sendo necessária a adaptação a uma nova realidade (Meleis, 2010).

Meleis com a Teoria das Transições dá-nos instrumentos para a elaboração e planeamento dos cuidados, com o objetivo de habilitar o enfermeiro na ajuda às pessoas para que estas consigam obter resultados saudáveis após o processo de transição vivido (Meleis, 2012).

As intervenções terapêuticas de Enfermagem deverão ser interventivas e continuadas em toda a transição, devem proporcionar a quem a vive, conhecimentos, instrumentos e capacidade, com o objetivo de promover respostas positivas a essas transições, capazes de restabelecer o sentimento de bem-estar.

Para Meleis e colaboradoras (Meleis et al., 2000) o enfermeiro é assim o agente facilitador do processo de transição. Este processo complexo deve merecer por parte do enfermeiro grande atenção.

Um dos grandes desafios que se coloca hoje ao enfermeiro no seu exercício clínico é promover a aquisição de competências por parte da família ou familiar cuidador e auxiliá-lo no processo de transição que vivência, para que este decorra de forma saudável e sem conflitos.

Este desafio assume maior relevância na sociedade atual onde as exigências são cada vez maiores, como são as profissionais, sendo o tempo disponível e



dedicado à família cada vez menor. Assim o enfermeiro desempenha um papel essencial, ajudando a pessoa e a família na transição que estão a experienciar, devendo ser esta uma das suas prioridades.

Acredito desta forma que o enfermeiro ao desenvolver este processo eleva o indivíduo, centrando os cuidados prestados ao desenvolvimento humano, apoiando a maturidade e o crescimento pessoal.

Diz o Decreto-Lei 104/98 “(...) os enfermeiros constituem atualmente uma comunidade profissional e científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde com qualidade(...)” (Ministerio da Saúde, 1998) neste plano o enfermeiro desempenha um papel fundamental no desenvolvimento de práticas que promovam o envolvimento da família na prestação de cuidados. É de grande importância perceber quais são as competências do familiar cuidador para o desempenho do seu papel dado que vai exercer uma função essencial nos cuidados ao seu familiar com dependência.

No entanto a decisão de envolver a família na prestação de cuidados, quando possível, deve ser ponderada. É importante avaliar a preferência do doente. Maioritariamente, os doentes sentem-se mais tranquilos com a família presente, resultando num sentimento de maior segurança do mesmo e consequentemente na qualidade do atendimento. Se por algum motivo o enfermeiro, sente ou é informado de que o doente prefere excluir a família deste processo de prestação de cuidados, então a sua posição deve ser respeitada, porque o objetivo fulcral deste envolvimento é sempre o bem-estar do doente.

O Enfermeiro no seu exercício clínico deve procurar dar resposta a vários aspetos, entre eles os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Nesta perspetiva esta temática enquadra-se se considerarmos que “várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo)” (Ordem dos Enfermeiros, 2012). Quando falamos num regresso a casa, falamos no ideal do regresso ao quotidiano habitual, sendo que por vezes esse quotidiano fica alterado pelas condicionantes derivadas da doença ou lesão que deu origem ao episódio hospitalar. Ainda assim, e na busca pela satisfação do doente e pelos mais elevados cuidados o enfermeiro deve promover o envolvimento da família ou pessoas significativas no processo de cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2012).

Também considerando as competências descritas no Regulamento de competências específicas do EE em Enfermagem Médico-cirúrgica é evidenciada a importância da família, “(...) Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica”. É evidenciado o papel do enfermeiro “Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” (Regulamento n. 429/2018, 2018) e na área específica da PSC: “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; (...)” assim como “Reconhece o impacto das transações na relação terapêutica junto da pessoa, família/cuidador em situação crítica.” Para além disto “Demonstra conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e do medo vividos pela pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica.” (Regulamento n. 429/2018, 2018).

Após o exposto nos parágrafos anteriores, é essencial ter a consciência de que apesar dos profissionais de saúde reconhecerem a importância do envolvimento da família, administrativamente e do ponto de vista da logística dos serviços é mais fácil desencorajar o envolvimento dessas mesmas famílias, o que vai desde logo complicar a implementação de um triângulo terapêutico - enfermeiro, doente e família (Beer e Brysiewicz, 2017). Porém, é identificado que os mesmos profissionais reconhecem que devem estar mais disponíveis e receptivos ao estabelecimento desta colaboração e parceria, benéfica para o doente, uma vez que a presença da família é fundamental na prestação de cuidados (Beer e Brysiewicz, 2017).

Foi, pois, este o desafio que deixei nos serviços que me receberam para a realização de estágio em contexto clínico, e é também este o desafio que pretendo enfrentar daqui para a frente na minha vida profissional.

## 4 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beer, J., & Brysiewicz, P. (2017). The conceptualization of family care during critical illness in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA Gesondheid*, 22, 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.006>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Benner, P., Kyriakidis, P. H., & Stannard, D. (2011). *Clinical Wisdom and Interventions in Acute and Critical Care* (Second Edi). New York: Springer Publisher Company.
- Cabete, D. G. (1998). O impacte do internamento no idoso. Parte II de II: Nursing, Outubro nº137
- Damboise, C., & Cardin, S. (2003). Family-Centered Critical Care How one unit implemented a plan. *American Journal of Nursing*, 103(6).
- DGS. (2015). Plano Nacional de Saúde - Revisão e Extensão a 2020, 1–38.
- Harrison, M. B. (2004). Editorial Convidado: Transições, Continuidade e Prática da Enfermagem. *CJNR*. 36 (2)
- Harrison, M. B., Browne, G., Roberts, J., Graham, I. D., e Gafni, A. (1999). Continuity of care and bridging the inter-sectoral gap: A planning and evaluation framework. *National Academies of Practice Forum: Issues in Interdisciplinary Care*, 1(4), 315-326.
- Hetland, B., Hickman, R., McAndrew, N., Daly, B., Nurses, C., & Hetland, B. (2017). Engagement in Care Among Critical. *AACN Advanced Critical Care*, 28(2), 160–170. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2017118>
- ICN. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Maestri, E., Nascimento, E. R. P. do, Bertoncello, K. C. G., & Martins, J. de J. (2012). Estratégias para o acolhimento dos familiares dos pacientes na unidade de terapia intensiva. *Revista Enfermagem UERJ*, 20(1), 73–78. Obtido de <http://www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a13.pdf>
- Meleis, A. I. (1997). *Theoretical nursing development and Progress* (3.º editio). Philadelphia: J.B.Lippincott Company.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. [https://doi.org/10.1300/J018v25n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05)

- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing Development and Progress*. (Wolters Kluwer Health, Ed.) (Fifth Edit). Lippincott Williams and Wilkins.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Messias, D. K. H., & Karen Schumacher. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*.
- Mendes, A. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(1), 182–189. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Mendes, A. P. (2016). Sensibilidade dos profissionais face à necessidade de informação: Experiência vivida pela família na Unidade de Cuidados Intensivos, 25(1), 4470014. <https://doi.org/10.1590/0104-07072016004470014>
- Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2019). A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.010>
- Mitchell, M., Chaboyer, W., Burmeister, E., & Foster, M. (2009). Positive Effects of a Nursing Intervention on Family-centered Care in Adult Critical Care. *American Journal of Critical Care*, 18(6), 543–552. <https://doi.org/10.4037/ajcc2009226>
- Mitchell, M. L., & Chaboyer, W. (2010). Family Centred Care-A way to connect patients, families and nurses in critical care: A qualitative study using telephone interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26(3), 154–160. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2010.03.003>
- Oliveira, C. N., & Nunes, E. D. C. A. (2014). Caring for family members in the ICU: challenges faced by nurses in the interpersonal praxis of user embracement. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 23(4), 954–963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Ordem dos Enfermeiros. (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. *Lisboa*, 6. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (Ordem dos Enfermeiros, Ed.).
- Pardavila Belio, M. I., & Vivar, C. G. (2011). Necesidades de la familia en las unidades de cuidados intensivos. Revisión de la literatura. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 51–67. <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.06.001>

- Pereira, I. C. B. F. (2011). Do hospital para casa : estrutura da acção de enfermagem. Obtido de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/9353>
- Regulamento n. 140/2019. (2019). Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista. *Diario da Republica, 2ª Serie (n.º 26 - 06 - 2 - 2019, 4744–4750.* Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n. 429/2018. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em si. *Diario da Republica, 2ª Serie (n.º 135 - 16 - 7 - 2018), 19359–19370.* Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/médico-cirurgica.pdf>
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família: perspectiva sistémica (2a)*. Porto: Edições Afrontamento.
- Saúde, Ministerio da. (1998). Decreto-Lei nº 104/98. *Diario da Republica, 1ª Serie (n.93 - 21-04-98), 93, 1739–1757.*
- Saúde, Ministério da. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento. An Pediatr Contin.* Lisboa: Direcção Geral da Saúde. <https://doi.org/10.1103/PhysRevB.91.155123>
- Saúde, Ministério da. (2012). Despachonº 18459/2006. *Diario da Republica, 2ª Serie (12 - 09 - 2012), 18611–18612.*
- Silva, A. P. (2007). "Enfermagem Avancada": um Sentido para o Desenvolvimento da Profissão e da Disciplina. *Servir, 55(1–2), 11–20.*
- Souza, M. T., da Silva, M. D., & de Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein, 8(1), 102–106.*
- Urizzi, F., Carvalho, L. M., Zampa, H. B., Ferreira, G. L., Grion, C. M. C., & Cardoso, L. T. Q. (2008). Vivência de familiares de pacientes internados em unidades de terapia intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva, 20(4), 370–375.* <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400009>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2012). *Enfermeiras e Famílias: Guia para Avaliação e Intervenção na Família (5a ed.)*. São Paulo: Roca.



## **APÊNDICES**





## **APÊNDICE I**

Cronograma de estágio



**9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica**

Anos	2019														2020								
Meses	Set.	Outubro					Novembro				Dezembro					Janeiro				Fevereiro			
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23		6	13	20	27	3	10	17	24
	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20		3	10	17	24	31	10	14	21	28
Estágio com Relatório															F								
															É								
															N								
															R								
															I								
														A									
														S									
Serviço de Urgência - Estágio de 30 de Setembro a 22 de Novembro																							
Unidade de Cuidados Intensivos - Estágio de 25 de Novembro a 15 de Fevereiro																							
Semana na Escola de Enfermagem de Lisboa - 23 a 27 de Setembro																							
Realização e entrega de Relatório de Estágio - 17 a 28 de Fevereiro																							



## **APÊNDICE II**

Formulário para alta do doente em SU



### Formulário para alta do doente no Serviço de Observação do SU

Formulário a preencher pelos enfermeiros durante o internamento do doente no S.O. do Serviço de Urgência, com o objetivo de preparar o doente para alta e identificar o familiar/cuidador de referência. Se necessário iniciar o apoio social e institucional para uma alta segura para domicílio ou instituição.

Este formulário é dividido em duas partes distintas. A 1ª parte avalia o grau de autonomia do individuo a ter alta. A 2ª parte irá perceber a existência de um familiar/cuidador de referência, e a sua disponibilidade e preparação, bem como recursos para desempenhar o papel.

<b>Doente Internado em S.O.</b>				
<b>Outcome</b>	<b>Indicador</b>	<b>Autónomo</b>	<b>Parcial dependente</b>	<b>Dependente</b>
<p><b>Estado de Autocuidado</b></p> <p><u>Definição:</u> capacidade de desempenhar as atividades pessoais básicas e as atividades instrumentais de vida diária</p> <p>[* ex.: pentear, barbear, maquilhar]</p> <p>[* entra e sai do WC, urinar e defecar e realiza higiene após procedimento]</p> <p>[* ex.: passar da cama para a cadeira]</p>	Higiene (tomar banho)			
	Higiene íntima			
	Higiene oral			
	Vestir-se / Despir-se			
	Comprar vestuário			
	Arranja o vestuário			
	Arranjar-se *			
	Alimentar-se			
	Comprar os alimentos			
	Preparar as refeições			
	Eliminação: capacidade de usar o WC *			
	Andar/Locomoção			
	Mobilidade em cadeira de rodas			
	Transferência *			
	Posicionar-se			
	Capacidade de utilizar carro próprio ou transportes publico			
	Percebe, controla e prepara a sua medicação			
	Controlar o seu dinheiro			
	Utilizar o telefone			

Familiar/Cuidador	Parentesco:	Contato:
Nome:		

<i>Familiar / Cuidador</i>			
<i>Outcome</i>	<i>Indicador</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>
<b><i>Disposição do familiar/cuidador para o cuidado domiciliar</i></b>  <u>Definição:</u> preparação do familiar/cuidador para assumir a responsabilidade pelos cuidados de saúde do familiar em casa	Desejo de assumir o papel de cuidador		
	Conhece o papel de cuidador		
	Conhece o processo de doença da pessoa a cargo		
	Conhece o tratamento/medicação da pessoa a cargo		
	Identifica a necessidade de contactar o profissional		
	Conhece o suporte social ao cuidador		
<b><i>Resiliência familiar</i></b>  <u>Definição:</u> adaptação e funcionamento da família após uma adversidade ou crise importante	Mobilização rápida após adversidade		
	Adaptação às adversidades como novo desafio		
	Cuidado e proteção do membro da família		
	Preparação para novo desafio		

(Após preenchimento do formulário proceder em conformidade. Se doente autónomo, reforçar ensinamentos que se reconheçam importantes. Se doente parcialmente dependente ou dependente, é importante identificar familiar/cuidador de referência e providenciar apoio necessário para a realização de uma alta segura)



### **APÊNDICE III**

Linhas orientadoras para a execução de *prone position*



Linhas de orientação para a execução da técnica mais adequada na realização do decúbito ventral / Prone Position:

Justificação: Este tema surge da preocupação manifestada pelo Enfermeiro Orientador do meu estágio no Serviço de Urgência (S.U.) do Hospital São Bernardo (H.S.B.). Mostrou ser uma preocupação da equipa de Enfermagem, visto existir com alguma frequência doentes internados em Serviço de Observação (S.O.) sob ventilação invasiva e os enfermeiros que aí executam funções não possuírem conhecimentos e experiência na realização deste procedimento. Após conversa com a Enfermeira responsável pela formação pensamos ser pertinente a concretização deste guia de procedimento que tem como objetivo alertar a equipa de enfermagem para a especificidade deste posicionamento, dando relevo aos cuidados de enfermagem.

Objetivo: Identificar os procedimentos/cuidados de enfermagem necessários ao doente submetido a decúbito ventral através da bibliografia/guidelines mais recentes.

(A realização deste procedimento deve ter em conta a bibliografia mais recente publicada)

O que é e considerações gerais: O decúbito ventral é referido como uma maneira de melhorar a oxigenação do doente, a transição do decúbito dorsal para o decúbito ventral tem demonstrado efeitos benéficos. É uma manobra simples que permite um maior recrutamento alveolar, ao alterar a posição do doente facilita-se a drenagem de secreções, reduzindo assim a incidência de infeções. São critérios para a realização do decúbito evidência radiológica de envolvimento pulmonar bilateral, consolidação basal bilateral confirmada por TAC. Este decúbito deverá ser ainda considerado quando existem doentes em ventilação mecânica prolongada e exista evidência de colapso ou consolidação basal e que necessitem de drenagem postural para remoção de secreções.

São vários os critérios de exclusão para a realização deste procedimento e importa enumerá-los:

- ✓ Doentes com peso > 135kg;
- ✓ Lesões da cabeça e pressão intracraniana elevada;
- ✓ Aumento da pressão intraocular (Embora esta não seja sempre considerada uma contraindicação absoluta).
- ✓ Múltiplos traumas, fixação pélvica externa, recentes fraturas pélvicas ou torácicas, trações e instabilidade da coluna;
- ✓ Instabilidade hemodinâmica, apesar de reanimação com líquidos ou inotrópicos;
- ✓ Trauma facial / pós cirurgia maxilo-facial oral.
- ✓ Hemorragia aguda;
- ✓ Recente cirurgia cardiotorácica / mediastino instável. Traqueostomia recente, <24 horas;
- ✓ Doentes que já demonstraram uma fraca tolerância/intolerância ao decúbito.

Na realização deste procedimento existem possíveis complicações a considerar, são elas a extubação accidental, a desconexão accidental dos acessos vasculares, drenagens, sonda vesical e sonda gástrica, edema facial, palpebral e conjuntival, úlceras de pressão e intolerância ao decúbito com agravamento do perfil hemodinâmico.

Como proceder à técnica: Os recursos humanos necessários para a realização deste procedimento são cinco elementos, um médico ou enfermeiro experiente em via aérea para controlar o TOT e dar indicações na manobra, e quatro enfermeiros ou dois enfermeiros e dois auxiliares (distribuídos pelos dois lados da cama ao nível do tórax e cristas ilíacas) que irão controlar acessos arteriais e venosos, drenagens, dispositivos relacionados com a monitorização e por fim girar o doente. Durante a realização do procedimento ter sempre presente que o doente deve estar devidamente monitorizado (ECG, TA, Oximetria), aspirador de secreções, ressuscitador manual, carro de emergência de fácil acesso.

Não esquecer a importância de informar a equipa envolvida no procedimento da necessidade da técnica e rever todo o procedimento antes do realizar. Assim vamos reunir a equipa e equipamento necessário (almofadas convencionais e de gel), colocar almofadas de gel no tórax superior e cristas ilíacas, posicionar o doente em decúbito dorsal na posição mais distal em relação ao ventilador, de seguida colocar o doente em decúbito lateral e depois roda-lo para decúbito ventral, colocar as restantes almofadas (cabeça, joelhos e tornozelos), lateralizar a cabeça e posicionar o TOT, posicionar os membros superiores e por fim observar e verificar o posicionamento.

De forma a descrever de melhor forma os cuidados de enfermagem vamos esquematizar o procedimento e realizá-lo em três tempos.

Num 1º tempo prestamos os cuidados pré-posicionamento:

- ✓ A preparação do doente antes de realizar a técnica ajuda a prevenir potenciais complicações.
- ✓ De acordo com este princípio devemos:
  - Suspende a nutrição entérica uma hora antes do posicionamento;
  - Verificar a permeabilidade da sonda gástrica e a sua fixação;
  - Adaptar um saco coletor antes do posicionamento;
  - Verificar a fixação e selagem do TOT (25-30mmHg);
  - Realizar a higiene oral com e realizar aspiração de secreções no TOT e cavidade oral.
  - Preferencialmente alternar o decúbito para o lado contrário do CVC;
  - As drenagens deverão ser clampadas e colocadas entre os membros inferiores e aos pés do doente;
  - Se necessário administrar/aumentar a sedação, até mesmo curarizar no sentido de promover a hipotonia/relaxamento muscular.

Num 2º tempo realiza-se o posicionamento:

- Distribuir os elementos pelas suas posições com tarefas já definidas;
- Dependendo do número de elementos disponíveis assim será a sua disposição. Assumindo que será sempre possível assegurar a presença de 5 elementos, a sua distribuição deverá ser:
  - Médico ou enfermeiro experiente na via aérea;
  - Dois elementos de cada lado do doente onde deverá ser assegurada a mobilização do tronco por um e da anca e membros inferiores por outro.
- Verificar e assegurar que as traqueias têm comprimento suficiente para realizar o decúbito;
- Utilizar um resguardo de pano para otimizar o posicionamento, aumentando a superfície de contacto com o doente e, minimizando os riscos de traumatismos provocados pelos técnicos;
- A cabeceira da cama deverá estar plana ou máximo 10º.
- Ligar o aspirador subglótico se disponível ou o TOT o permitir (antes do procedimento e durante);
- Aumentar a pressão do cuff até aos 40mmHg (diminuir o risco de aspiração);
- Alinhar os membros superiores em extensão e adução à linha média axilar;
- A mão que ficará por debaixo do corpo durante o posicionamento deverá ser colocada debaixo do glúteo.
- Enrolar o resguardo com as mãos até junto do doente de forma a otimizar o posicionamento e a força a aplicar pela equipa.
- Com o auxílio do resguardo de pano em primeiro lugar colocar o doente na extremidade da cama contrária à qual se irá rodar o mesmo.
- Primeiro elevar o corpo do doente em decúbito lateral e, neste momento, modificar a monitorização e reposicionar a cabeça do doente;

- Neste momento deverão ser colocadas as almofadas nas regiões indicadas e colocada a almofada de gel ou a disponível para receber a cabeça;
- Deixar o doente cair suavemente sobre os membros dos técnicos que se encontram do lado do tórax.

Por fim no 3º tempo otimizamos o posicionamento:

- Já em decúbito ventral, avaliar a resposta hemodinâmica, assegurar que os dispositivos médicos e medicação se encontram íntegros e a perfundir e, só depois otimizar o posicionamento;
- Ajustar a posição das traqueias e dos sistemas dos acessos venosos e arteriais, assim como, os cabos de monitorização;
- Regularizar a pressão do cuff;
- Reposicionar as tubuladuras das drenagens.
- Realizar o alinhamento do corpo e posicionamento dos membros pela seguinte ordem:
  - Alinhar a cabeça e coluna cervical na almofada de gel ou no colchão (posicionar o TOT);
  - Colocar o membro superior do lado da face em ângulo reto com mão e antebraço em pronação e, com apoio na região do braço deixando o cotovelo livre, evitando que este “descaia” /faça adução ao tronco.
  - Colocar o membro superior do lado oposto da face em extensão, em supina e, em abdução ao tronco com suporte de almofada;
  - Em ambos os membros tentar realizar a extensão e abdução dos dedos.
  - O tronco deverá estar o mais próximo da posição neutra;
- Deverá colocar-se almofada na região torácica, na anca ao nível das cristas ilíacas (com os genitais livres) e nas pernas

ao longo da tíbia de forma a realizar uma ligeira flexão das mesmas;

- As almofadas deverão ter altura suficiente para reduzir o risco de hiperextensão da coluna lombar e evitar a pressão dos dedos dos pés contra o colchão.
- O plano da cama deverá ser colocado em Anti-*Trendlenburg* (*reverse Trendlemburg*) 15º-20º para favorecer a ventilação, minimizar o risco de aspiração gástrica e diminuir o risco de edemas (ex.: facial);
- Este pode ainda ser mais otimizado através da inclinação da cama e não com elevação da cabeceira.
- Reposicionar a cabeça e os membros superiores preferivelmente a cada 2 horas, no mínimo a cada 4 horas;
- Mobilizar os restantes segmentos/articulações do corpo e manter o alinhamento corporal;
- Vigiar e prevenir o aparecimento de úlceras de pressão em especial atenção:
  - Orelhas;
  - Face.
  - Acrómio;
  - Cotovelos;
  - Mamas;
  - Genitais;
  - Dedos dos pés.
- Realizar a higiene ocular, oral e aspirar secreções sempre que realmente haja necessidade.

O tempo em que o doente permanece em decúbito ventral não é consensual, assim dependerá da avaliação clínica do doente ao momento. De referir a importância do registo detalhado da hora do início do posicionamento, reação do doente ao novo posicionamento e características das zonas mais suscetíveis à pressão.





### **Referências Bibliográficas consultadas:**

- Ball, C., Adams, J., Boyce, S., & Robinson, P. (2001). Clinical guidelines for the use of the prone position in acute respiratory distress syndrome. *Intensive and Critical Care Nursing*, 94–104. <https://doi.org/10.1054/iccn.2000.1556>
- Harcombe, C. J. (2004). Nursing patients with ARDS in the prone position. *Nursing Standard*, 18, 33–39.
- Porqueras, R. (2009). Protocolo de colocación del paciente con Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo en decúbito prono Protocol of placement of Acute Respiratory Distress Syndrome with prone position Autor: Ricard Bonet Porqueras, Alicia Moliné Pallarés. *Nure investigacion*, 40, 1–9.
- Thompson, B. T. (2000). Ketoconazole for early treatment of acute lung injury and acute respiratory distress syndrome: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(15), 1995–2002. <https://doi.org/10.1097/00132586-200108000-00014>

## **APÊNDICE IV**

Sessão de formação “Preparação da Família para  
um regresso a casa: Qual o *depois* da UCI? “



# Preparação da Família para um regresso a casa

Qual o *depois* da UCI?

Lisboa, Janeiro 2020

Mestrando: Ângelo Santos  
Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes  
Coorientador: Professora Fernanda Simões  
Orientador Clínico: Enfermeira Especialista Mafalda Caiado

## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Objetivo

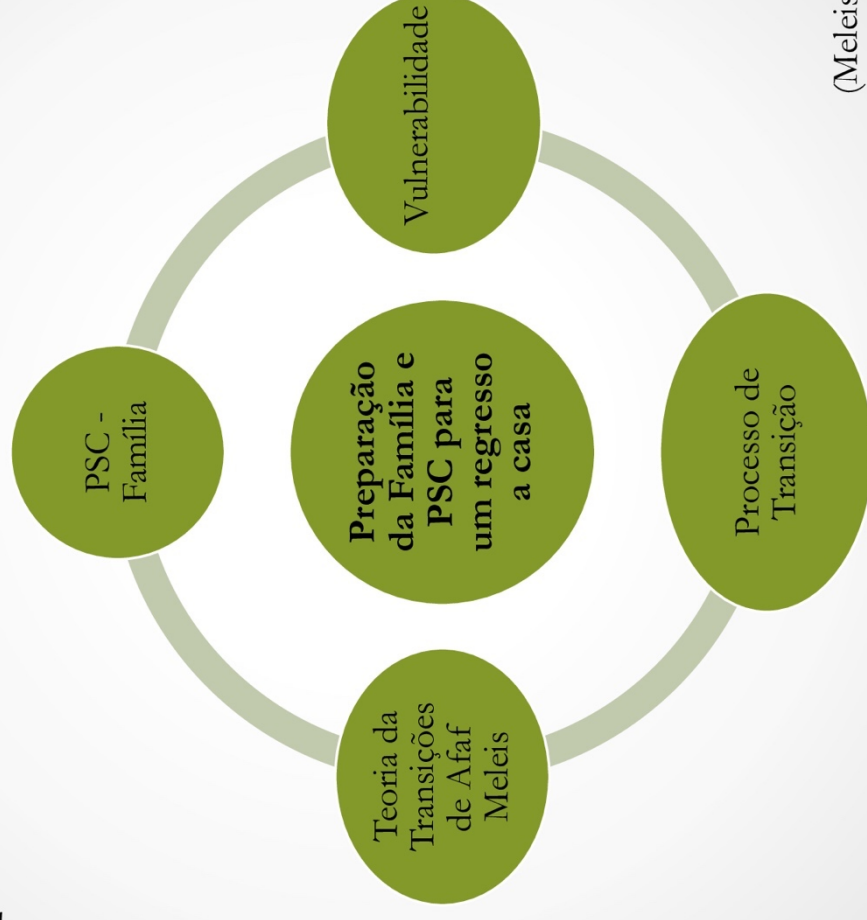
- ❖ Aprofundar o conceito de transição situacional do familiar/cuidador
- ❖ Apresentar a Escala de Avaliação do Cuidado Informal



## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Enquadramento do tema

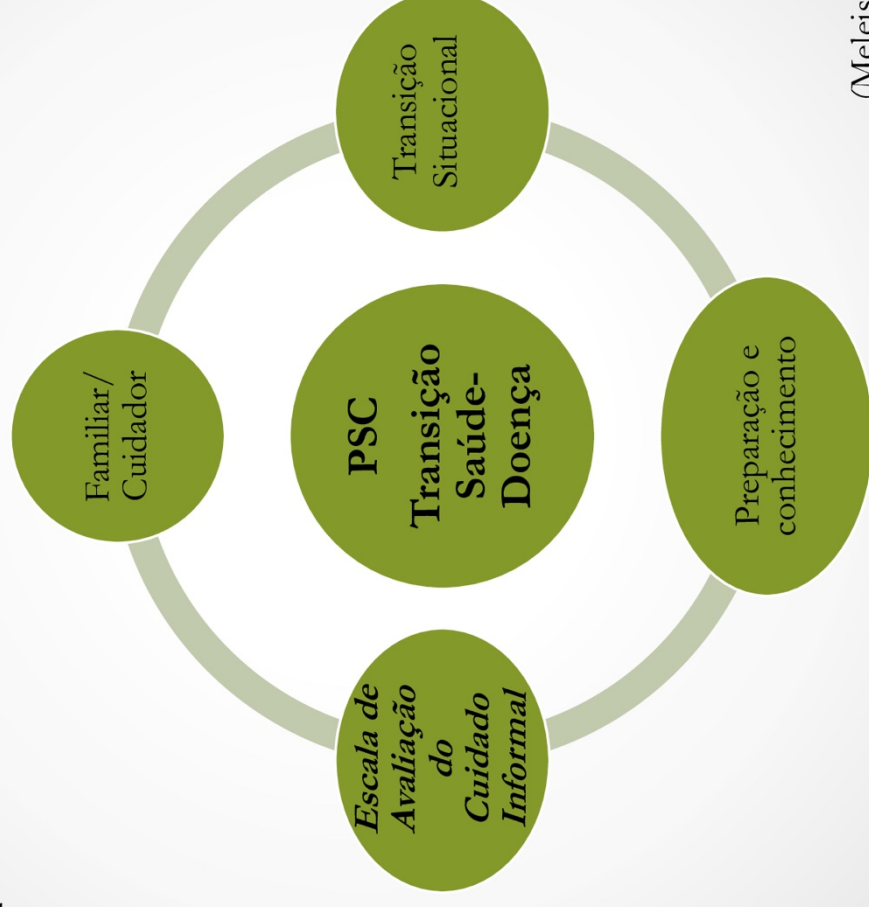


(Meleis, 2010)

## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Enquadramento do tema



(Meleis, 2010)



## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Escala de Avaliação do Cuidado Informal

### Escala de Likert a utilizar

- 5 = Concordo totalmente
- 4 = Concordo
- 3 = Não Concordo/ Nem Discordo
- 2 = Discordo
- 1 = Discordo totalmente

**Questão tipo** – “ Gostaria que respondesse consoante o que sentiu durante o tempo que cuidou/acompanhou o seu familiar”

## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Escala de Avaliação do Cuidado Informal

### Sobrecarga Subjetiva

3. Consegue fazer a maioria das coisas de que necessita, apesar do tempo que gasta a cuidar de (N)?
5. Tomar conta de (N) dá-me a sensação de estar preso?
1. A sua saúde tem sofrido devido aos cuidados que tem que prestar a (N)?
10. Devido ao tempo que gasta com o (N), não tem tempo suficiente para si próprio/a?
2. A sua vida social tem sido prejudicada por estar ao cuidar de (N)?
13. Sente-se cansado/a como consequência de cuidar de (N)?
7. Será incapaz de prestar apoio durante mais tempo?
14. Encontra-se isolado/a e só, por ter de cuidar de (N)?
11. Tem perdido o controlo da sua vida desde que (N) ficou doente?

(Martín, Paul, & Roncon, 2000)

## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Escala de Avaliação do Cuidado Informal

### Satisfação do Cuidador

12. Cuidar a/o (N) tem feito sentir-se mais próximo dele/a?
4. Você gosta mesmo de estar junto com (N)?
- 19 .O ter-se responsabilizado por (N) aumentou a sua autoestima?
9. Gosta de sentir o prazer de (N) por pequenas coisas?
15. Frequentemente (N) afeta de forma negativa o seu relacionamento com outros membros da sua família?
8. É difícil planificar coisas para o futuro quando as necessidades de (N) são tão imprevisíveis?
6. (N) mostra um verdadeiro apreço pelo que está a fazer por ele/a?

(Martín, Paul, & Roncon, 2000)

## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Escala de Avaliação do Cuidado Informal

### Impacto do Cuidado

16. Cuidar de (N) não lhe permite ter tanta privacidade quanto gostaria?
17. É desconfortável trazer amigos a casa por causa de (N)?
18. Cuidar de (N) tem interferido com a utilização do seu espaço em casa?

(Martín, Paul, & Roncon, 2000)



## Sumário

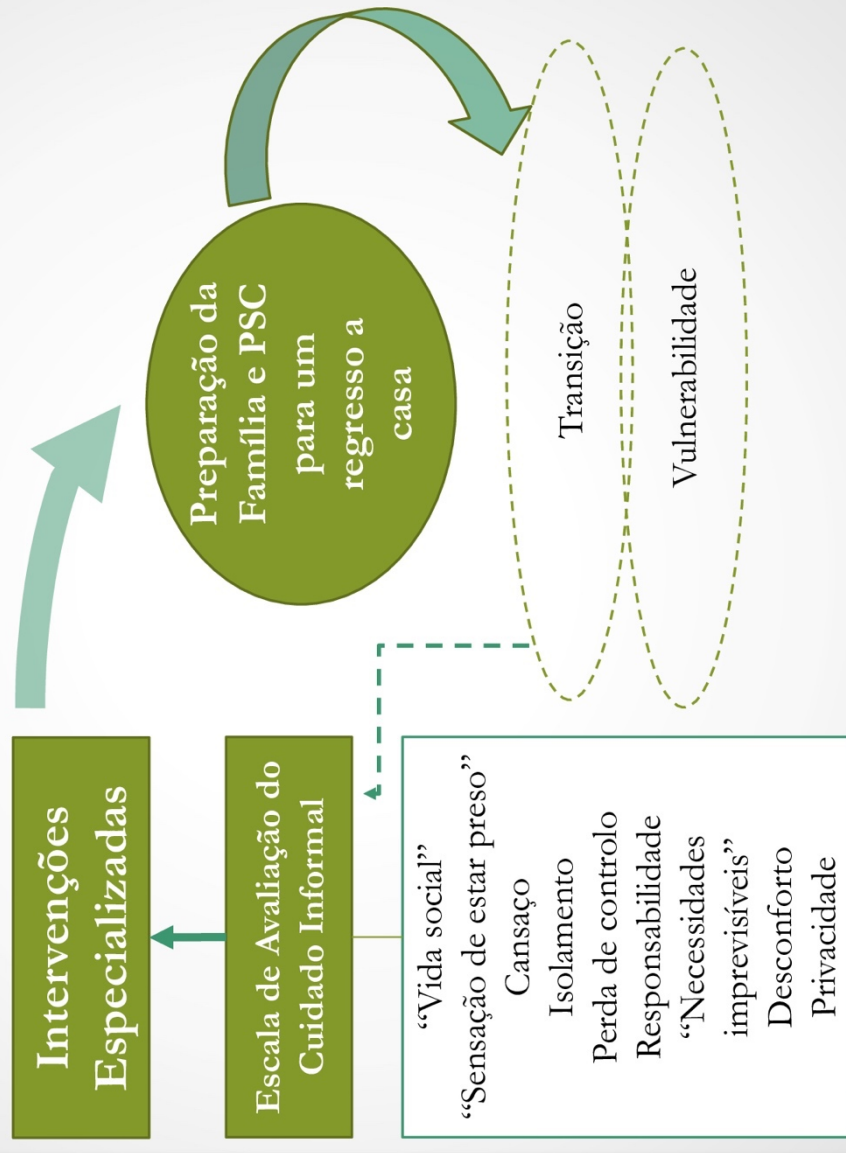
- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- **Perspetivas futuras**
- Considerações finais

## Perspetivas Futuras

- ❖ Melhor conhecimento sobre a perceção da família após alta da UCI;
- ❖ Planeamento de estratégias para minimizar sentimentos desfavoráveis;
- ❖ Planeamento de estratégias facilitadoras do papel de cuidador;
- ❖ Futura consulta de Follow-up do familiar/cuidador

## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- **Considerações finais**



## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- **Considerações finais**

## Considerações Finais

- ❖ As famílias identificam como necessidade essencial a informação, do presente e do que se prevê como futuro. (Liu W, Zhu J, Liu J, Guo Q, 2015, citado por Mendes, 2017)
- ❖ Conhecer a experiência da família no processo de doença crítica permite ao enfermeiro entender a extensão dessa vivência e delinear estratégias de melhoria da vivência. (Minton, Batten, & Huntington, 2019)

## Sumário

- Objetivo
- Enquadramento do tema
- Escala de Avaliação do Cuidado Informal
- Perspetivas futuras
- Considerações finais

## Referências Bibliográficas

- Martín, I., Paul, C., & Roncon, J. (2000). Estudo de Adaptação e Validação da Escala de Avaliação de Cuidado Informal. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 3–9.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory - middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York. [https://doi.org/10.1300/J018v25n03\\_05](https://doi.org/10.1300/J018v25n03_05)
- Mendes, A. (2018). Impact of critical illness news on the family: hermeneutic phenomenological study. *Rev Bras Enferm [Internet]*, 71(1), 182–189. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0163>
- Minton, C., Batten, L., & Huntington, A. (2019). A multicase study of prolonged critical illness in the intensive care unit: Families' experiences. *Intensive and Critical Care Nursing*, 50, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.08.010>



# Preparação da Família para um regresso a casa

Qual o *depois* da UCI?

Lisboa, Janeiro 2020

Mestrando: Ângelo Santos  
Orientador: Professora Doutora Anabela Mendes  
Coorientador: Professora Fernanda Simões  
Orientador Clínico: Enfermeira Especialista Mafalda Caiado



**ANEXOS**



## **ANEXO I**

Certificado de participação no Congresso  
Internacional do Doente Crítico 2019, Setúbal 2019



# #DC19

Congresso Internacional Doente Crítico 2019



## Certificado

Certifica-se que o **Exmo. Sr. Enfo Ângelo Santos**, participou no Congresso Internacional do Doente Crítico 2019, organizado pela Associação Portuguesa de Enfermeiros, que decorreu nos dias 24 e 25 de Outubro, no Instituto Politécnico de Setúbal.

Lisboa, 25 de Outubro de 2019

O Presidente da APE

A handwritten signature in blue ink, which appears to read "Sr. Enfo João Fernandes".

(Sr. Enfo João Fernandes)





## **ANEXO II**

Certificado de participação nas V Jornadas  
Técnicas de Medicina Intensiva





V JORNADAS TÉCNICAS DE  
MEDICINA INTENSIVA

# CERTIFICADO

Certificamos que,

**ÂNGELO SANTOS**

esteve presente nas **V Jornadas Técnicas de Medicina Intensiva**, que decorreram nos dias 04 e 05 de novembro de 2019, na Faculdade de Medicina Dentária de Lisboa.

Lisboa, 05 de novembro de 2019

Prof. Doutor Luis Bento  
*Presidente das Jornadas*



Patrocínio Científico  
CENTRO HOSPITALAR  
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA  
CENTRAL

